



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

TEMA:

**Relevancia del espacio de escucha en la elaboración del duelo en
pacientes con enfermedades catastróficas.**

AUTORES:

Arteaga Jaramillo, Mayra Alejandra

Molina Cárdenas, Kenny Joel

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTOR:

Psic. CI. Martínez Zea, Francisco Xavier Mgs.

Guayaquil, Ecuador

7 de septiembre del 2023



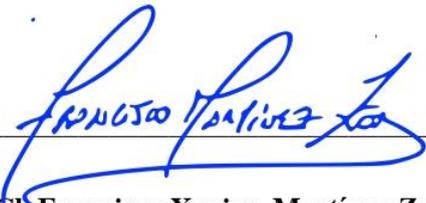
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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 **Arteaga Jaramillo, Mayra Alejandra ; Molina Cárdenas, Kenny Joel**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica**.

TUTOR:

f. 

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

DIRECTORA DE LA CARRERA:

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes

Guayaquil, a los 7 días del mes de septiembre 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

Nosotros, **Arteaga Jaramillo, Mayra Alejandra ; Molina Cárdenas,
Kenny Joel**

DECLARAMOS QUE:

El trabajo de Titulación, **Relevancia del espacio de escucha en la elaboración del duelo en pacientes con enfermedades catastróficas** previo a la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

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

Guayaquil, a los 7 días del mes de septiembre del año 2023

LOS AUTORES:

f. Alejandra Arteaga J.

Arteaga Jaramillo, Mayra Alejandra

f. Kenny Joel

Molina Cárdenas, Kenny Joel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Arteaga Jaramillo, Mayra Alejandra ; Molina Cárdenas,
Kenny Joel**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Relevancia del espacio de escucha en la elaboración del duelo en pacientes con enfermedades catastróficas**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 7 días del mes de septiembre del año 2023

LOS AUTORES:

f. Alejandra Arteaga J.

Arteaga Jaramillo, Mayra Alejandra

f. Kenny Cárdenas

Molina Cárdenas, Kenny Joel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO



Relevancia del espacio de escucha en la elaboración del duelo en pacientes con enfermedades catastróficas

2% Similitudes
7% Texto entre comillas
1% similitudes entre comillas
< 1% Idioma no reconocido

Nombre del documento: mayra.arteaqa_kenny.molina.docx
ID del documento: 97d669bfaaca7abec8e00d68416b943abc73f756
Tamaño del documento original: 480,85 kB
Autores: Mayra Arteaga Jaramillo, Kenny Molina Cárdenas

Depositante: Mayra Arteaga Jaramillo
Fecha de depósito: 28/8/2023
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 28/8/2023

Número de palabras: 35.716
Número de caracteres: 224.565

TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: Relevancia del espacio de escucha en la elaboración del duelo en pacientes con enfermedades catastróficas.

AUTORES:

Arteaga Jaramillo, Mayra Alejandra ; Molina Cárdenas, Kenny Joel

INFORME ELABORADO POR:

TUTOR

f.

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

Guayaquil, a los 7 días del mes de septiembre del año 2023



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

AGRADECIMIENTO

Quiero empezar agradeciendo a Dios, por ser guía en mi vida. A mi madre Dra. Ana Jaramillo, por demostrarme que la perseverancia es la base de todo. A mi hermano Marco Calle, por creer en mis capacidades y recordarme lo valiosa que soy, gracias porque hiciste que creyera en mí, cuando no podía hacerlo. Mami Lulu gracias por hacer parte de esta meta una realidad. Sobre todo, quiero agradecerle de forma muy especial a una persona que fue apoyo incondicional durante estos años, sin él nada de esto hubiese sido posible. También a mi compañero de tesis, por las risas y el soporte en los días que el camino parecía ser duro. A Yuyu, gracias por ser luz, felicidad, magia en mi vida y sostenerme cuando más lo he necesitado. Agradezco a mi tutor, por su dedicación, guía y, sobre todo, por su paciencia. A Tomasito y a Félix con su media cola, por ser mis compañeros de días y noches largas de deberes y aprendizajes.

Alejandra Arteaga J.

El final de una de las etapas más importantes en mi vida llegó, sin importar las diversas vicisitudes actuales, no me queda más que agradecerle a mi madre Jessica Cárdenas, quien fue mi pilar fundamental en este largo trayecto. A mi mejor amiga Olinka Vélez, que nunca me dejó abandonar la carrera y me supo guiar hasta estas instancias. A los docentes y tutor de tesis por su ardua labor de enseñanzas, paciencia y dedicación en mi formación académica. A mi compañera de tesis por brindarme la confianza y oportunidad de recorrer este proceso a su lado. Por último, pero no menos importante a mi amado Club Atlético Boca Juniors, por darme alegrías aun cuando la vida parecía no sonreírme. Infinitas gracias a todos y cada uno de aquellos que fueron soporte hasta este momento de finalización de mi carrera universitaria.

Kenny Molina C.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

DEDICATORIA

Desearía que estés ahora conmigo, celebrándome cada triunfo como cuando era una niña, papito Mario, fuiste amor y dulzura en mi vida. A ti, mi jinete ganador, este clásico, aunque con curvas difíciles de tomar, largo recorrido y mucha tierra levantada, la cual hacía que divisar la pista sea difícil en ocasiones, lo gané para ti y por ti.

Alejandra Arteaga J.

El mérito y esfuerzo de esta investigación son la recompensa de su arduo esfuerzo, que a pesar de no saber corresponder de la mejor manera lo brindado, hoy le demuestro que los tiempos son intrascendentes cuando la meta está fijada. Para mi madre, una mujer llena de humildad, perseverancia y amor. A mi sobrina Adele, por llenarnos de alegría y brindarnos la oportunidad de volver a unirnos como familia.

Kenny Molina C.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Psic. Cl. Tatiana Torres, Mgs.
DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Miguel de la Rosa, Mgs.
DOCENTE ESPECIALIZADO

f. _____

Psic. Cl. Rodolfo Rojas, Mgs.
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

CALIFICACIÓN

NOTA: 9.85

Arteaga Jaramillo , Mayra Alejandra

NOTA: 9.33

Molina Cárdenas , Kenny Joel

ÍNDICE

RESUMEN	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN	2
Planteamiento del Problema	3
Pregunta general	4
Preguntas específicas	4
Objetivos:	4
Objetivo general:	4
Objetivos específicos:	5
Justificación	5
ANTECEDENTES	7
CAPÍTULO 1	8
<i>El hospital público, procesos de admisión, tratamiento en las instituciones hospitalarias</i>	8
Contextualización de un Hospital de Especialidades en Ecuador	8
Cobertura de la salud universal	8
Marco Legal	9
Artículos de la Constitución	9
Artículos del Ministerio de Salud Pública	9
Ley Orgánica de la Salud	11
Plan de creación de Oportunidades 2021-2025	11
Redes de servicios de salud	11
Áreas y Niveles de atención	12
Primer Nivel de Atención	12
Segundo Nivel de Atención	12
Tercer Nivel de Atención	13
Cuarto Nivel de Atención	13
Nivel de atención prehospitalario	13
Direccionamiento Estratégico de los Hospitales de Especialidades	13
Atribuciones y responsabilidades:	13
Admisión	14
Las enfermedades catastróficas desde la narrativa médica hospitalaria	15
Clasificación de acuerdo por su alto grado de complejidad y tratamiento	16
Grupo 1	16
Grupo 2	16
Grupo 3	16
Enfermedades catastróficas:	16
La salud desde el discurso hospitalario	17

En tensión de la temporalidad institucional y la temporalidad subjetiva.....	19
Temporalidad Institucional.....	19
Temporalidad Subjetiva.....	21
La conclusión de una cura en el hospital.....	23
Desconocimiento de la singularidad del malestar psíquico y peculiaridades del ámbito institucional.....	24
CAPÍTULO 2	28
<i>El duelo en pacientes hospitalizados: un proceso psicológico</i>	<i>28</i>
Concepciones sobre la muerte y enfermedad (por catástrofes o accidentes) del paciente en procesos de duelo	28
Tipos de Duelo	33
Preduelo	33
Duelo normal.....	33
Duelo Anticipado	34
Duelo Patológico.....	34
Duelo Congelado.....	35
Duelo enmascarado.....	35
Tipos de Pérdidas	35
Pérdida de la vida.....	36
Pérdidas de aspectos de sí mismo	36
Pérdidas de objetos externos.....	36
Pérdidas emocionales	36
Pérdidas ligadas con el desarrollo.....	36
Fases del duelo.....	37
La fase 2	37
La fase 4	37
Factores externos (económicos, ausencias familiares) que condicionan la respuesta al duelo del sujeto y sus posibles salidas	38
Dificultades económicas.....	38
Apoyo Social	39
Comunicación y llegada del diagnóstico al paciente.....	39
Protocolo EPICEE	40
Salidas ante el duelo	41
Positiva	42
Negativa.....	43
Urgencia Subjetiva.....	43
CAPÍTULO 3	47
<i>Abordaje clínico del duelo, estrategias terapéuticas aplicadas desde el psicoanálisis</i>	<i>47</i>
Lo singular de los espacios de escucha y palabra	49

Atención flotante.....	50
El rol del psicólogo clínico en el ambiente hospitalario.....	51
El dispositivo psicoanalítico como método de intervención	53
<i>CAPÍTULO 4</i>	56
<i>Metodología</i>	56
Enfoque	56
Paradigma/Modelo	56
Método	56
Técnicas de recolección de información	57
Instrumentos	57
Revisión bibliográfica.....	57
Entrevistas semiestructuradas	57
Población	58
<i>CAPÍTULO 5</i>	59
<i>Presentación y análisis de resultados</i>	59
Análisis de resultados	69
<i>CONCLUSIONES</i>	71
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	73
<i>ANEXOS</i>	77
Entrevista #1	77
Entrevista #2	81
Entrevista #3	86
Entrevista #4	91
Entrevista #5	97
Entrevista #6	102
<i>Consentimiento Informado para Participantes de Investigación</i>	106
<i>Consentimiento Informado para participantes de la Investigación</i>	107

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Resultados de las entrevistas; recursos simbólicos débiles.....</i>	60
Tabla 2. <i>Resultados de las entrevistas; desconocimiento generalizado y resistencias en torno a lo psicológico.</i>	62
Tabla 3. <i>Resultados de las entrevistas; ausencia de espacio de escucha clínica.</i>	65
Tabla 4. <i>Resultados de las entrevistas; intervenciones desde una corriente psicológica.</i>	67

RESUMEN

La relevancia del espacio de escucha en la elaboración del duelo en pacientes con enfermedades catastróficas tiene como importancia permitir brindar nuevos enfoques de la realidad que atraviesan los sujetos que son diagnosticados con este tipo de enfermedades, para poder dar nuevas perspectivas a futuros cambios que puedan realizarse a favor de este tipo de pacientes. Por lo cual, se tuvo como objetivo analizar la influencia de los recursos simbólicos débiles ante lo traumático de la enfermedad; el desconocimiento generalizado en torno a lo psicológico y la ausencia de un espacio de escucha clínica en las dificultades en la elaboración de duelos en pacientes hospitalizados, mediante los datos obtenidos en una investigación de campo realizada en un Hospital de Especialidades de la ciudad de Guayaquil, lo que generó una reflexión académica sobre la problemática. Ante lo cual, se realizó desde un método cualitativo que utilizó como técnicas de recolección de datos: análisis bibliográficos y entrevistas a profesionales del campo psicológico con experticia en el abordaje de dichas problemáticas. Obteniendo una perspectiva de lo que ocurre a nivel interno que genera obstáculos o trabas en los procesos de duelo. Ante lo que se ha podido concluir la influencia del discurso institucional y el desconocimiento de la importancia del acompañamiento psicológico.

Palabras clave: enfermedades catastróficas; duelo; hospitalización; psicoanálisis; recursos simbólicos; trauma

ABSTRACT

The relevance of the listening space in the elaboration of grief in patients with catastrophic illnesses is important in allowing new approaches to the reality experienced by subjects who are diagnosed with this type of illness, in order to give new perspectives to future changes that can be made. in favor of this type of patients.

The relevance of the listening space in the elaboration of grief in patients with catastrophic diseases is important to provide new approaches to the reality that subjects who are diagnosed with this type of diseases go through, in order to give new perspectives to future changes that can be made in favor of this type of patients. Therefore, the objective was to analyze the influence of weak symbolic resources in the face of the traumatic nature of the disease; the generalized ignorance about the psychological and the absence of a space for clinical listening in the difficulties in the elaboration of duels in hospitalized patients, through the data obtained in field research carried out in a Specialty Hospital in the city of Guayaquil, which generated an academic reflection on the problem. Given this, it was carried out from a qualitative method that used as data collection techniques: bibliographic analysis and interviews with professionals in the psychological field with expertise in addressing these problems. Obtaining a perspective of what happens internally that generates obstacles or obstacles in the grieving processes. Given this, it has been possible to conclude the influence of institutional discourse and ignorance of the importance of psychological accompaniment.

Keywords: catastrophic diseases; duel; hospitalization; psychoanalysis; symbolic resources; trauma

INTRODUCCIÓN

Dentro de la práctica preprofesional realizada en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de Guayaquil, se pudieron evidenciar las problemáticas que giran en torno a la elaboración de duelos, en pacientes que son diagnosticados con algún tipo de enfermedad catastrófica en su período de hospitalización; por lo cual, se analizará la importancia de los espacios de escucha para el abordaje de este tipo de pacientes.

Por lo tanto, se tomarán como puntos fundamentales el duelo y la intervención clínica en espacios hospitalarios con un enfoque psicoanalítico, permitiendo dilucidar los distintos temas que surgen desde esta investigación y contrastar con las problemáticas evidenciadas durante la práctica, mediante el apoyo de profesionales con experticia en dicho campo.

Asimismo, se trabajará desde la línea de investigación de la UCSG que responde al Dominio 5, la cual aborda los problemas del sujeto y su relación en distintos entornos, tales como: educación, comunicación, arte y subjetividad, haciendo énfasis en la dimensión de la subjetividad. Esta línea de investigación busca la comprensión del sujeto y en este caso, desde la línea del perfil del psicólogo clínico, a través de la escucha clínica para abordar a pacientes con enfermedades catastróficas, y a su vez permite comprender más allá de la etiqueta de enfermo.

En cuanto al Plan Nacional de Desarrollo “Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025”, responde al eje social, específicamente con el objetivo 6: “Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad” (Secretaría Nacional de Planificación, 2021, p.66). Dentro del marco de nuestro proyecto de investigación buscamos enfatizar la importancia de la intervención psicológica dentro de una institución hospitalaria.

Encontramos que dentro de la investigación también existe una relación a la política 6.1 que es: “Mejorar las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud de manera integral, abarcando la prevención y promoción, enfatizando la atención a mujeres, niñez y adolescencia, adultos mayores, personas con discapacidad, personas LGBTI+ y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.” (Secretaría Nacional de Planificación,

2021, p. 66). Debido a que se busca promover los espacios de escucha en espacios hospitalarios, ya sea, de forma ambulatoria o particular.

Del mismo modo, para que los pacientes puedan ser atendidos más allá del dolor físico del cuerpo que invade su bienestar psicológico, un real que rebasa, que excede y que debe ser puesto en palabras, para acoger su malestar patógeno y abordar estos signos que tiene en particular cada una de las personas, dejando a un lado la generalización del síntoma que escapan de las manos de otros profesionales que trabajan en el ámbito hospitalario.

Planteamiento del Problema

El abordaje en hospitales públicos en donde se realizan o se trabaja con pacientes que son diagnosticados con enfermedades catastróficas, se abre una brecha ante un sin número de efectos del orden de lo traumático a nivel psicológico, siendo ahí que se presenta la complejidad del tratamiento, ¿cómo sobrellevar lo traumático del diagnóstico frente al significativo de la muerte desde lo real?

Los pacientes con enfermedades catastróficas que se encuentran hospitalizados en principio en emergencia o en sus especialidades. Este encierro dentro del hospital, como parte del tratamiento genera algo más allá del síntoma como producto de la enfermedad, refiriéndonos desde los términos médicos; sino que va más allá en lo comportamental, como: ansiedad, agresividad, síntomas de depresión, represión o somatización. Muchos de estos aspectos no son abordados o mediados por el personal encargado del cuidado del paciente, ubicándolo en una posición de objeto y no de sujeto.

Asimismo, tomando en consideración las distintas investigaciones que postulan el abordaje de algunas enfermedades catastróficas o la elaboración del duelo como el artículo de Rodríguez (2015) docente investigadora en su artículo sobre *Evaluación del Riesgo de Duelo Complicado de cónyuges de enfermos fallecidos por cáncer después de recibir cuidados paliativos en Gran Canaria y la Habana*, esto desde el contexto internacional; también, el artículo de Márquez y Mendoza (2019) investigadores cuyo artículo realizado sobre *Cuidado espiritual frente al duelo anticipado en madres de niños con enfermedades oncológicas*. Instituto regional de

enfermedades neoplásicas - sur, Arequipa 2019, esto desde el contexto latinoamericano; del mismo modo, Baca (2018) investigadora en su estudio de tesis cuyo nombre es *El proceso de elaboración del duelo y su relación con las complicaciones posteriores a la mastectomía por cáncer de mama. Estudio realizado desde la teoría psicoanalítica con profesionales de la salud de la ciudad de Quito*, a nivel nacional.

Pregunta general

¿Cómo influyen los recursos simbólicos débiles ante lo traumático de la enfermedad, el desconocimiento generalizado en torno a lo psicológico y la ausencia de un espacio de escucha clínica en las dificultades en la elaboración de duelos en pacientes hospitalizados?

Preguntas específicas

1. ¿De qué manera los recursos simbólicos débiles ante lo traumático de la enfermedad influyen en las dificultades en la elaboración de duelos en pacientes hospitalizados?
2. ¿Cómo el desconocimiento generalizado en torno a lo psicológico influye en las dificultades en la elaboración de duelos en pacientes hospitalizados?
3. ¿Qué influencia tiene la ausencia de un espacio de escucha clínica influye en las dificultades en la elaboración de duelos en pacientes hospitalizados?

Objetivos:

Objetivo general:

Analizar la influencia de los recursos simbólicos débiles ante lo traumático de la enfermedad, el desconocimiento generalizado en torno a lo psicológico y la ausencia de un espacio de escucha clínica en las dificultades en la elaboración de duelos en pacientes hospitalizados mediante los datos obtenidos en una investigación de campo realizada en un Hospital de Especialidades de la ciudad de Guayaquil, para generar una reflexión académica sobre la problemática.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar cómo los recursos simbólicos débiles ante lo traumático de la enfermedad influyen en las dificultades en la elaboración de duelos en pacientes hospitalizados mediante una revisión bibliográfica, entrevistas a profesionales en Psicología Clínica y la recopilación de datos de la experiencia práctica hospitalaria.
2. Identificar cómo el desconocimiento generalizado en torno a lo psicológico influye en las dificultades en la elaboración de duelos en pacientes hospitalizados a partir de la síntesis de entrevistas a profesionales vinculados a la temática y la recopilación de datos de la experiencia práctica.
3. Evidenciar cómo la ausencia de un espacio de escucha clínica influye en las dificultades en la elaboración de duelos en pacientes hospitalizados mediante una reflexión bibliográfica, entrevistas a profesionales y casuística de la experiencia práctica.

Justificación

El presente trabajo busca realizar un análisis de la necesidad de un proceso de subjetivación necesario en un contexto hospitalario en el cual el paciente queda en el discurso de la institución, ubicándolo en una posición de objeto. Es por eso, que en la práctica hospitalaria las distintas trabas que se presentan provienen de un discurso institucional frente al desconocimiento necesario del área psicológica para una elaboración del duelo.

Asimismo, es importante el trabajo del área psicológica por los recursos que le otorga el paciente por medio del dispositivo psicoanalítico, como la palabra y la escucha activa. En muchos casos, el desconocimiento de estas herramientas genera que haya una carencia o ausencia de recursos simbólicos que permitan al paciente poder elaborar algún tipo de duelo. Estas problemáticas generan que el sujeto en muchas ocasiones genera escenarios o pasajes al acto, o bien, otro tipo de problemáticas, que, en vez de funcionar con un tratamiento médico óptimo, se obstaculice. Por lo cual, es

fundamental desde este trabajo evidenciar la necesidad imperativa de otorgar los recursos simbólicos para un proceso de duelo.

La investigación se realizó bajo metodología de enfoque cualitativa por medio del análisis bibliográfico y las entrevistas realizadas a profesionales que trabajan en instituciones hospitalarias con experticias que padecen de enfermedades catastróficas o atraviesan duelos en un contexto que carece de una correcta atención de un equipo interdisciplinario.

Por otro lado, como se ha mencionado anteriormente el tipo de problemática por lo cual se realiza este tipo de investigación, se ha podido evidenciar ciertas limitantes relacionadas a la obtención de información que pueda contrastar los objetivos planteados en el trabajo. Asimismo, la ubicación de profesionales que trabajen desde este tipo de enfoque en un contexto hospitalario de abordaje de enfermedades catastróficas.

El primer capítulo se basará en el hospital público, procesos de admisión, tratamiento en las instituciones hospitalarias y sus aproximaciones de lo psicológico en el ámbito hospitalario. El segundo capítulo concierne a la explicación de lo que es la salud, su pérdida, y cómo afecta esta la subjetividad de los pacientes. Así mismo, se trabajará teóricamente el duelo, sus etapas, sus tipos y sus salidas, también los mecanismos de defensa que intervienen y se ponen en acto cuando se da paso a la elaboración del proceso del duelo, para lograr una mejor comprensión del mismo.

En el tercer capítulo, se abordará cómo es el efecto de la escucha clínica en este tipo de pacientes y su influencia directamente la calidad del trabajo que se brinda a los pacientes del hospital, especialmente, a los que necesitan un acompañamiento para afrontar y superar sus pérdidas. El cuarto capítulo cuenta con la información sobre la metodología utilizada para la elaboración del trabajo, las herramientas e instrumentos que servirán para fundamentar la investigación y su posterior análisis. Finalmente, en el último capítulo se realizará un análisis de las entrevistas que se realizaron a psicólogos clínicos que trabajan en instituciones hospitalarias públicas, para conocer un poco más sobre el trabajo institucional y el funcionamiento de los equipos interdisciplinarios.

ANTECEDENTES

La presente investigación se ha basado en la complejidad de elaboración de duelo que existe en pacientes diagnosticados con algún tipo de enfermedad catastrófica, ocasionando obstáculos en el correcto abordaje de su enfermedad; comprendiendo que la salud va más allá de lo físico, sobre todo en situaciones delicadas como este tipo de enfermedades. Es así como, se evidencian problemáticas entorno al discurso institucional y las trabas que complican el abordaje apropiado en este tipo de pacientes, especialmente cuando se encuentran hospitalizados.

Del mismo modo, es importante tomar en cuenta las investigaciones relacionadas a la importancia de los recursos simbólicos en procesos de duelos en el abordaje de pacientes con diagnóstico de enfermedades catastróficas, como el artículo de Revista de Psicología GEPU, en Colombia sobre la elaboración de duelo en la pérdida simbólica: El Caso de la Dignidad de Claudia Pinzón, del 2021, cuyo aporte es esencial en el análisis del padecimiento que cada persona experimenta en sus procesos de duelo varía según su historia, identidad y recursos personales.

Por lo tanto, lo que se busca con el presente trabajo de investigación, a través, de la metodología utilizada para la recolección de información es poder mediante los distintos instrumentos dilucidar la realidad que existe en las enfermedades catastróficas, los duelos y la clínica hospitalaria desde un abordaje psicoanalítico. Para la elaboración de estos puntos, se requerirá de un análisis de datos obtenidos por un análisis bibliográfico; mientras que, las entrevistas permitirán contrastar lo expuesto frente a la problemática planteada, lo que evidenciará las trabas previamente expuestas y su repercusión en la actualidad.

CAPÍTULO 1

El hospital público, procesos de admisión, tratamiento en las instituciones hospitalarias

Contextualización de un Hospital de Especialidades en Ecuador

Resulta pertinente señalar las diferentes propuestas de algunos organismos internacionales sobre las redes de servicios de la salud, tales como la OMS y la OPS considerando sus criterios de políticas de desarrollo en nuestro sistema nacional de salud para el bienestar de la población, se debe tener en claro los siguientes conceptos:

Cobertura de la salud universal

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

Organización Panamericana de salud / OPS: La Organización Panamericana de la Salud establece que la cobertura universal de salud radica en generar el acceso a servicios integrales de salud, adecuados y oportunos a todas las personas sin discriminación (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Definición de Salud pública: La salud pública concierne a las poblaciones, al conjunto de los ciudadanos y no solo al individuo o a una persona enferma, lo cual ha llevado a calificar a la disciplina como medicina de las poblaciones (Bourdillon, 2007, p.1).

Modelo de atención de salud: Hace referencia al conjunto de políticas, sistemas, procesos, métodos que operan de forma eficaz para garantizar y sostener la atención a las personas, familias, colectivos, por medio de los tres niveles de atención, para satisfacer sus necesidades en el campo de la salud (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2012, p.9).

Marco Legal

Artículos de la Constitución

En el Ecuador, De acuerdo al Ministerio de Salud Pública (2012) se considera los siguientes artículos importantes sobre el modelo de atención integral de salud, brindando soporte e informando de todos sus procesos:

Art. 50 de la Constitución expone que: “El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas el derecho a la atención especializada y gratuita de manera oportuna y preferente en todos los niveles”.

Art. 360 de la Constitución de la República establece: “La Red Pública Integral de Salud forma parte del Sistema Nacional de Salud y está compuesto por el articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social, y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”.

Artículo 3 de la constitución de la República del Estado garantizará sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Artículo 32 de la Constitución de la República del Estado destaca la germanización de la salud como un derecho, vinculado como otro ejercicio de otros derechos.

Artículos del Ministerio de Salud Pública

Del Artículo II del sistema de atención de salud Ministerio de Salud Pública (2012) obtenido por estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos de los Hospitales del MSP:

La persona asegurada podrá elegir prestaciones de servicios de salud por la red plural del IESS, de acuerdo por zonas geográficas beneficiarias, podrá recibir atención médica desde el primer nivel hasta los otros niveles de atención de salud de forma obligatoria.

El IESS bajo las políticas de salud que garantiza el seguro general de la salud a nivel individual, familiar y del seguro social, deberá de fortalecer la atención ambulatoria, y garantizar el tratamiento oportuno a todas las personas que estén

registradas, cubriendo enfermedades, limitaciones de discapacidad y cuidados paliativos, promoviendo eficiencia en atender a los ciudadanos del país.

Del capítulo III, sistema de atención integral de salud se toma en cuenta en referencia del art.11 sobre las prestaciones de salud, los servicios que deben garantizar:

- Promoción de la salud y programas para todas las edades
- Medicina provisional, servicios a domicilio
- Atención odontológica para todas las edades
- Atención en salud laboral
- Tratamiento para enfermedades crónicas degenerativas, con el seguro respectivo
- Garantizar el tratamiento para enfermedades catastróficas, reconocidas por el estado como problemas de salud pública.

Art. 13 Garantizar la atención a la salud en todo el territorio nacional.

Art. 18 Garantizar prescripciones médicas, provisionar medicamentos básicos y garantizar su uso en todos los establecimientos de atención primaria.

El Art. 362 de la Carta Magna establece que:

La atención de salud como servicio público brindará soporte a entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias, estos servicios deben ser seguros y por lo tanto la facilidad del acceso a la información garantizará los procesos transparentes, así como también se guardará confidencialidad a la información de los pacientes, los servicios de salud son universales, y gratuitos para toda la población, otorgando los procedimientos adecuados en todos los aspectos tanto en diagnóstico, tratamiento, medicinas y rehabilitación.

Carta Universal de los Derechos Humanos, en el art. 25 se expone que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la Salud y el bienestar, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de enfermedad, invalidez, viudez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Se destaca sobre el derecho a la vida y a la salud para todas las personas, toda persona tiene derecho a tener acceso a la salud, para cuidar de su bienestar, y proteger su integridad, es un derecho que toda persona natural posee, sea que padezca de alguna enfermedad o trastorno, merece tener tratamientos que garanticen una atención óptima, y el estado debe de brindar estrategias que permitan intervenciones de calidad, como lo muestra el Ministerio de Salud, entidad encargada que debe asumir y responsabilizarse porque se cumpla estos procesos de atención por las redes de salud y sus instituciones hospitalarias que cuenten con equipos y herramientas tecnológicas para posibilitar un abordaje de acuerdo a sus programas de salud y protección.

Ley Orgánica de la Salud

La Ley Orgánica de Salud explica que:

"Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional corresponde al Ministerio de Salud Pública, quien tiene la obligación de asumir la responsabilidad y el control en todas las funciones en materia de salud, estableciendo el control y el cumplimiento de esta ley"

Así como también, se destaca del "Plan de Creación de Oportunidades" en torno a el derecho de garantizar la salud a todos los ciudadanos con el propósito de recibir una adecuada atención del sistema de salud:

Plan de creación de Oportunidades 2021-2025

Se basa en una visión de salud integral, inclusiva y de calidad, a través de políticas públicas concernientes a: hábitos de vida saludable, salud sexual y reproductiva, DCI, superación de adicciones y acceso universal a las vacunas. [000]

Redes de servicios de salud

La Red Pública Integral de Salud está estructura por: el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y Seguro Social Campesino, Fuerzas Armadas y Policía Nacional de acuerdo al artículo 360 de la constitución, a esta red debe articularse las unidades de atención de la dirección de rehabilitación social.

Se hace referencia a la red a aquellos denominados vínculos entre instituciones, colectivos, y personas, establecen cohesión, reconociendo cada uno sus propias

características y objetivos en común, para poder llevar a cabo la tarea de una meta donde las relaciones son horizontales y se reconocen los distintos saberes y aportes (Yépez, 2009).

Áreas y Niveles de atención

De acuerdo al Ministerio de Salud Pública (2012), los establecimientos de servicios de salud se clasifican por nivel de atención y de acuerdo a su capacidad resolutoria de acuerdo a los artículos 151 y 154 de la Constitución de la República del Ecuador; y el artículo 17 acuerda expedir la tipología para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención del sistema nacional de salud, los cuales se mencionan a continuación:

Primer Nivel de Atención

- 1° Nivel de complejidad 1-1 Puesto de salud
- 2° Nivel de complejidad 1-2 Consultorio general
- 3° Nivel de complejidad 1-3 Centro de salud - A
- 4° Nivel de complejidad 1-4 Centro de salud - B
- 5° Nivel de complejidad 1-5 Centro de salud – C

Segundo Nivel de Atención

Ambulatorio

1° Nivel de complejidad II-I Consultorio de especialidad (es), clínico-quirúrgico

II-2 Centro de especialidades

2° Nivel de complejidad II-3 Centro clínico- quirúrgico ambulatorio (Hospital del día)

Hospitalario

3° Nivel de complejidad 11-4 Hospital Básico

4° Nivel de complejidad 11-5 Hospital General

Tercer Nivel de Atención

Ambulatorio

1° Nivel de complejidad III-1 Centros especializados

Hospitalario

2° Nivel de complejidad III-2 Hospital especializado

3° Nivel de complejidad III-3 Hospital de especialidades

Cuarto Nivel de Atención

1° Nivel de complejidad IV-I Centros de experimentación en pre-registro clínico

2° Nivel de complejidad IV-2 Centros de alta subespecialidad

Nivel de atención prehospitalario

1° Nivel de complejidad APH-I Unidad de atención prehospitalaria de transporte y soporte vital básico.

2° Nivel de complejidad APH-2 Unidad de atención prehospitalaria de soporte vital avanzado.

3° Nivel de complejidad APH-3 Unidad de atención prehospitalaria de soporte vital especializado.

Direccionamiento Estratégico de los Hospitales de Especialidades

Los Hospitales de Especialidades, son los que cuentan con más de 70 camas, y gestionan el direccionamiento estratégico por medio de la gerencia del hospital, (Ministerio de Salud Pública, 2012). En el caso del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad autónoma, para asegurados por el IESS, de acuerdo a la Constitución del Ecuador:

Atribuciones y responsabilidades:

- Representar legalmente y judicialmente a la institución
- Suscribir los actos administrativos en el con estricto apego a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.

- Programar, dirigir, controlar la gestión de los recursos, evaluar su adecuada utilización para proveer su cartera de servicios, mediante el Plan operativo anual y el compromiso de gestión en función de resultados de impacto social.
- Presentar las propuestas que definan y ejecuten las estrategias políticas que implica su desarrollo al Ministerio de Salud.
- Adoptar medidas de funcionamiento eficaces para los casos de crisis, emergencias, urgencias u otras circunstancias similares.
- Asegurar los costos de los servicios hospitalarios.
- Garantizar el plan anual de compras que compone insumos médicos, medicamentos, equipamiento del hospital y de más suministros e inversiones asegurando el cumplimiento de la Ley Orgánica.
- Formular lineamientos para la gestión organizacional y así cumplir las metas del Plan Nacional de Desarrollo, para los servicios de salud pública.
- Asegurar el cumplimiento de las políticas del Ministerio de Salud.
- Coordinar la elaboración del presupuesto institucional, de acuerdo a la normativa vigente
- Dirigir la ejecución de acciones para mantener el cuidado de seguridad e infraestructura

Admisión

La admisión en instituciones hospitalarias se posibilita ya sea por programación previa o de manera espontánea, o ya sea derivados por otros servicios del Hospital, no obstante, en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado, es únicamente exclusivo para personas que cuenten con el seguro social, afiliamiento al IESS de acuerdo lo establece la constitución del Ecuador, como lo indica el (Ministerio de salud, 2012).

- Programación previamente agendada de atención a pacientes
- Recepción de solicitud de cita, adecuación, clasificación y priorización

- Datos de pacientes
- Informes de actividades que se realizan en admisión
- Historias Clínicas
- Informe diario de citas entregadas y citas atendidas

Es uno de los dispositivos de entrada, del cual involucra procesos administrativos y burocráticos, que es alojado bajo los parámetros de la norma institucional de cada hospital con la función de gestionar las entradas al servicio, dando ingreso a la consulta que necesita el paciente.

Las enfermedades catastróficas desde la narrativa médica hospitalaria

Se considera como enfermedades catastróficas aquellas que ponen en peligro la vida de la persona que la padece, por su grado de complejidad, son letales, y además muchas de estas patologías imposibilitan al sujeto a realizar actividades cotidianas, son de elevado costo económico tanto para la institución como para la familia, el Ministerio de Inclusión Social, brinda atención especializada a aquellas personas que padecen de una enfermedad catastrófica. Así mismo el siguiente autor las define, como: “enfermedades crónico-degenerativas o infectocontagiosas que se cronifican y son causantes de discapacidad y muerte” (Tobar, 2010, p.2).

“Son aquellas patologías de curso crónico que suponen alto riesgo, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y que por ser de carácter prolongado o permanente pueden ser susceptibles de programación” (Ministerio de salud pública ,2012).

Es decir, son patologías que cuestan más en diagnosticar, que requieren más cuidados en el tratamiento de la enfermedad, y de quien la padece. Representa un panorama bastante complejo que afecta a la psique del sujeto generando desesperación, decaimiento anímico tanto a la persona afectada, como a sus familiares.

Clasificación de acuerdo por su alto grado de complejidad y tratamiento

Grupo 1

Son aquellas enfermedades donde el paciente no tiene posibilidad de cura, se pasa por un proceso para alargar más su vida, así extender el tiempo para darle dignidad y calidad de vida antes de su fallecimiento. En los hospitales los pacientes de este grupo son derivados al área de cuidados paliativos y esta se la conceptualiza como: “... cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas, y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales” (Del Río & Palma, 2007, p.1). Es decir, la característica de estas enfermedades catastróficas es que son consideradas graves, tienen un alto impacto económico y su diagnóstico tardío puede ser complicado, pueden tener un origen genético.

Grupo 2

Son aquellas enfermedades que son graves, pero que son fáciles de detectarlas, presentan un alto costo en su tratamiento, se puede obtener una recuperación en la mayoría de los casos. En este grupo se encuentran aquellas que pueden manifestar dificultad económica para poder costear su tratamiento, por ejemplo, cirugías quirúrgicas, quimioterapia, radioterapia, también se puede situar en este grupo los trasplantes de órganos.

Grupo 3

En este grupo se considera como característica principal que son enfermedades graves, pero que son rápidas de diagnosticar, sin embargo, estas necesitan de asistencia y tratamiento médico de por vida, como casos de insuficiencia renal, el VIH en todas sus etapas, el carcinoma, entre otras.

Enfermedades catastróficas:

A continuación, se destaca las enfermedades catastróficas más comunes:

- Todo tipo de malformaciones congénitas del corazón y todo tipo de valvulopatías cardíacas
- Todo tipo de cáncer
- Tumor cerebral en cualquier estado y de cualquier tipo

- Insuficiencia renal crónica
- Trasplante de órganos: riñón, hígado y médula ósea
- Secuelas de quemaduras GRAVES
- Malformaciones arteriovenosas cerebrales
- Síndrome de Klippel Trenaunay
- Aneurisma Tóraco-abdominal
- Cáncer

La salud desde el discurso hospitalario

El término salud tiene su origen de estudio a partir del discurso médico, refiere a un estado absoluto de bienestar físico, mental y social, por otro lado, en la praxis del psicoanálisis nos pone a reflexionar a este concepto universal de la salud, y rescata lo singular que tiene cada sujeto.

Del mismo modo, los profesionales del área médica tienen la tendencia de asociar el concepto de salud hacia lo normativo, hacia una definición bioestadística, tal como plantea Boorse (1975) en la publicación de su libro “The distinction between disease and illness”, él plantea que desde ahí subyace estas dos definiciones que no se pueden analizar por separado, por un lado la salud es considerada como la armonía de todos los patrones que están cumpliendo una funcionalidad orgánica, mientras que por enfermedad, se entiende una desviación y alteración de estos patrones, que muestra un indicador de un estado patológico, más no tanto por interesarse en el sufrimiento singular de los sujetos.

La concepción de salud, desde una orientación psicoanalítica puede ser subjetiva, ya que un sujeto puede aparentar estar sano, pero internamente estar padeciendo de una enfermedad, lo que podría cuestionar estos conceptos normativos de la medicina que se toman de organismos gubernamentales en el ámbito hospitalario, limitando su carácter científico para determinar lo que es saludable por una suerte objetiva.

De acuerdo a la Organización Mundial de la salud (OMS), la enfermedad se conceptualiza como: “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (Herrero, 2016, párr. 57).

Por consenso de políticas de la organización más grande de la salud (OMS) se acoge la definición universal de enfermedad, a una alteración orgánica que afecta las funciones del cuerpo de forma negativa, dando así como resultado, un desajuste en el organismo del sujeto, sin embargo, el enfermar del cuerpo conlleva más allá de un malestar físico, es decir, un sujeto también se puede enfermar por cuestiones mentales, ya que este puede somatizar, es por eso, que para el diagnóstico se recurre a evaluar aquellos signos que indican la proximidad de la anomalía, para así mismo conocer su intensidad y complicación anatómica.

El discurso médico busca ofrecer una comprensión del fenómeno de la enfermedad bajo su metodología biomédica tradicional, conceptualizando a los cuerpos sin sujeto, aquel que presenta signos de dolencias en un cuerpo con afecciones que se van a ir diagnosticando en base a lo biológico, más no se interesa por aquel sujeto que se encuentra sufriendo en dicho cuerpo.

Desde la medicina la palabra paciente va a remitir dos cosas, por un lado, la pasividad, debido a que la persona cuando va a la consulta se encuentra en un estado pasivo por el saber que posee, esperando que se le ofrezca la resolución a su dolencia, el médico sostiene su saber con eminencia sobre lo que le acontece al sujeto, quitándole el saber al paciente de su propio cuerpo, por otro lado el paciente queda a la deriva sobre el tiempo de espera para poder ser atendido, tiempo que se encuentra establecido por las instituciones y que en ocasiones no cumple con la demanda del paciente, donde el mismo podría entrar en un estado de queja o desesperación, según la necesidad que esté presente.

En consecuencia, el campo de la medicina excluye la singularidad del sujeto, existen mismas enfermedades, lo mencionan en diferentes casos de sus historias clínicas, pero sin embargo, van a referirse a este fenómeno por el estudio de órganos, más no de sujetos poseedores de un cuerpo, del cual cada especialista de distinta área se va encargar de estudiar y atender esa parte anatómica que se encuentra afectada, más no del sujeto, puesto que la mirada médica reduce al cuerpo humano como un objeto para su investigación de estudio.

La concepción del sujeto para la medicina determina, la concepción del cuerpo y del síntoma. El cuerpo es un cuerpo biológico, que se enferma. El abordaje del cuerpo se hace a partir de la patología, de ser portador de una enfermedad o formar parte de

un grupo de riesgo (Perrotta, 2011, p.4). Por lo detallado en esta cita, el paciente queda situado como objeto de estudio en el campo de la medicina, excluyéndose la singularidad del sujeto.

En tensión de la temporalidad institucional y la temporalidad subjetiva

Para contextualizar cómo se da el tratamiento y tiempo de atención frente a la lógica de las instituciones tales como: hospitales, centros de salud o clínicas, queda señalar lo ajustado de los tiempos para la atención y acoger la demanda de los pacientes que se presentan. Con esto se quiere hablar sobre la dificultad que se les presenta a los profesionales de las instituciones públicas del sistema de salud en función del ejercicio de su profesión. El tiempo otorgado en una consulta suele ser muy genérico, estando regido por protocolos ya delimitados, es entonces que el papel del psicólogo clínico se ve puesto en tensión por tener que trabajar con diferentes discursos: el médico, el jurídico, el institucional; considerando lo limitante que puede ser, es en este contexto en donde se debe de manejar estrategias que le permitan crear un espacio a la hora de brindar la asistencia psicológica.

Temporalidad Institucional

Por un lado, se hace referencia a aquello que ya está instaurado de forma estructural, en cuanto a los tiempos de consulta que se estima que tendrá y las pautas específicas a cumplirse en una institución. Al respecto Foucault (2015) señala “Dispositivos de poder al entramado de discursos y prácticas extra discursivas que producen en su seno sujetos, es decir, que conforman procesos de subjetivación orientados por la norma y el disciplinamiento” (p.4).

Indudablemente el tiempo para el tratamiento y seguimiento de un paciente en una temporalidad institucional, deja situada a la persona como un objeto de pauta, del cual queda relegado a horarios y protocolizado por la estructura del sistema de salud, descontextualizando la historia que hay detrás, se lo descontextualiza, patologizando más a la persona. Esto se vuelve reduccionista e imperativo de las normativas institucionales, que por aquel turno de atención o el tiempo que recibirá el paciente en aquel tratamiento para ser dado de alta, quedan atravesados entre el tiempo

institucional y el tiempo del sujeto. El tiempo de atención institucional no siempre permite reconocer las singularidades de cada paciente en torno a su malestar psíquico.

Dentro del marco hospitalario, el personal de atención e inclusive médico, se rigen de manera sistematizada, no sólo por el tiempo brindado, sino también con demás elementos relacionados, por ejemplo, el expediente clínico de los pacientes; se puede considerar como uno de los elementos de soporte institucional con más relevancia, ya que son aquellas fichas donde se tiene el registro de todo tipo de enfermedades, datos personales, procesos quirúrgicos, es algo propio en los hospitales. Aunque cabe rescatar que muchos de estos informes o expedientes no se encuentran bien elaborados, e incluso se pueden encontrar sobreabundancia de datos que no tienen conexión con el malestar del paciente.

En la práctica hospitalaria e institucional se plantea que estamos obligados a asistir, siendo el expediente, un registro de que esa asistencia fue realizada, debido a que esta ficha en la cual se recolectan datos es parte de las reglamentaciones que verifican que se hayan cumplido todos los pasos establecidos, carátula, diagnóstico, prescripciones, interconsultas, entre otras. Se controla un ordenamiento, y no particularmente el procedimiento de trabajo clínico (Calvano, 2010, p.6). Por consiguiente, un expediente es un documento público que deja constancia de la asistencia al paciente con sus datos, identidad, y a su vez quedan registradas en el marco institucional, es un escrito que puede estar atravesado por fallos o sesgos en cuanto a diagnósticos superficiales y es confidencial de la institución.

Desde la mirada clínica del psicoanálisis, en la práctica lacaniana es imprescindible rescatar la singularidad y lo particular del sujeto, no se busca una cura para todos, ya que no es un tratamiento universal, sino que se busca operar de acuerdo al caso a caso, donde cada uno se cuestiona en torno de su padecimiento, sus dolencias, se busca adecuar un lugar o espacio de escucha singular. El paciente será el encargado de poner en manifiesto por medio de la palabra, esa historia que hay detrás de aquellas dolencias corporales, de esta forma se puede encaminar a ubicar lo que le aqueja. Laurent plantea lo siguiente: “no se trata de ofrecer la cura analítica para todos, sino poder instalar un lugar de un “uso posible” para todos” (Laurent, citado por Prado, 2014, p. 35).

Temporalidad Subjetiva

Si buscamos al sujeto en la objetividad, en lo observable, no vamos a encontrarlo, no basta con la descripción de los hechos, sino que el sujeto del que se habla es del sujeto del inconsciente, es efecto del significante, por lo tanto, se encuentra escondido en capas en su discurso, antes de poder situarse en su existencia, el sujeto es atravesado por el lenguaje, esto lo precede y él no lo sabe. Se lo va a descifrar en sus tiempos lógicos, y esto es causado por el corte de la cadena del significante para entender aquella marca que deriva en su pensamiento, de tal manera ubicamos de qué modo su síntoma da cuenta de ese particular modo de gozar, para así tratar de esclarecer cuál es la función del sujeto, siendo el inconsciente estructurado por el lenguaje, nuestro objetivo es descubrir ese contenido, es entender y descubrir ese sujeto del inconsciente.

Por otro lado, encuadrar la praxis del psicólogo clínico con orientación psicoanalítica en ámbitos institucionales resulta un desafío ya que se encuentra inmerso en otros discursos, cuando estas otras prácticas e intervenciones de otras disciplinas no funcionan, no se obtienen buenos resultados. El psicólogo clínico puede pesquisar algún elemento que considere relevante dentro del expediente, como un indicio subjetivo, alguna huella, algo que le permita indagar o cuestionar con el paciente, es aquí donde surge la temporalidad subjetiva, donde se logra hacer un espacio al sujeto de la enunciación.

En los hospitales la labor del psicólogo clínico es brindar asistencia y acompañamiento psicológico a los pacientes en torno a las novedades o complicaciones que presentan. Hay casos en los que el primer encuentro con los pacientes se da sin anticipación, de imprevisto, muchas veces después de que el médico da un diagnóstico catastrófico o cuando se notifica sobre una intervención que la mayor parte del tiempo puede estar relacionada a una pérdida, ya sea de un órgano, o más drástico, de una extremidad, dejando al sujeto en shock o paralizado ante este sufrimiento que lo rebasa.

De manera que lo institucional le exige al psicólogo resolver de forma rápida para proseguir con el proceso, tomando en cuenta el tiempo cronológico, que es manejado por el saber médico en torno a cómo se han dado los acontecimientos, puesto que para ellos no tiene relevancia el malestar subjetivo del paciente, solo se enfocan

en resolver el daño de ese cuerpo enfermo, dejando al sujeto reducido en objeto; por lo que es importante rescatar los tiempos lógicos que subyacen en el sujeto, el cual Lacan en 1945 en su texto llamado: “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada” manifiesta que:

Es una estructura dialéctica en tres momentos, conformando una lógica intersubjetiva basada en una tensión entre aguardar y precipitarse, entre la vacilación y la urgencia. El tiempo lógico es el tiempo intersubjetivo que, según Lacan, estructura la acción humana, oponiéndose así al tiempo cronológico. (Lacan citado por Bernal, 2013, p. 1)

Es importante manejar los tiempos del paciente para poder velar por su salud mental, ya que muchos tienen dificultades para poder elaborar un duelo o afrontar una urgencia subjetiva, por lo que supondrá un obstáculo para el tratamiento médico. Es ahí donde el trabajo del psicólogo clínico cobra un paso importante para posibilitar el tratamiento, brindando un espacio de escucha al paciente y que este pueda poner en palabras lo que le aqueja, más allá de sus dolencias físicas.

El método de investigación por el cual se caracteriza el psicoanálisis tiene que ver con la subjetividad, esta se puede describir como la singularidad del sujeto, por lo tanto, su instrumento es la elaboración en torno a todo lo que va a ir simbolizando, verbalizando, es decir poniéndolo en palabras, todo lo que repita, o que lo marque en su historia, ya que un caso expresa la singularidad misma del ser que sufre y de la palabra que nos dirige (Nasio, 2000). Y es ahí donde se sitúan las coordenadas para la dirección de la cura en esta temporalidad subjetiva.

La temporalidad subjetiva obedece a una escucha de la singularidad del paciente, recoge vestigios, dichos, va ir desmenuzando aquellas respuestas que produce el paciente, por medio de un fenómeno transferencial entre el analista y analizado, buscando poder descifrar ese saber que se encuentra de forma inconsciente, por medio de intervenciones precisas que apuntarán a la orientación de la cura, recogiendo aquella posición subjetiva que toma el paciente frente a su dolor, y constituye una propuesta teórica, que permite indagar sobre la subjetividad del sujeto. “El analista no emplea instrumentos ni siquiera para el examen ni tampoco prescribe medicamentos, el analista hace venir al paciente a determinada hora del día, lo hace hablar, lo escucha, luego habla de él y se hace escuchar” (Freud, 1992, p. 175).

La conclusión de una cura en el hospital

Las altas o salidas del tratamiento que dan como conclusión una cura en el hospital o centro médico implican que se ejecute una resolución, ya sea una respuesta a ese motivo de consulta del paciente que ya haya sido solventada, es decir que se haya producido algún alivio sintomático, por el cual la institución hospitalaria dé el alta a aquel paciente, por lo general la mayor parte de las consultas, en el accionar médico da este alta concluido cuando ya ha indicado un tratamiento, una pastilla recetada que resuelva la problemática que aqueja al individuo, que resuelva lo patológico de esa enfermedad, se plantea la pregunta ¿este tiempo de concluir se considera un cierre?

En tal sentido, existe una disputa que se da en la temporalidad institucional para dar por finalizado el tratamiento, frente al tiempo lógico de cada sujeto, y esto se da debido el tratamiento en el hospital opta en buscar la solución inmediata, para concluir es lo que depara en el discurso médico, brindar un diagnóstico para dar como finalizado la sesión, siendo una norma institucional del cual el psicólogo no escapa de estas reglas burocráticas, el brindar soluciones para todos, dejando de lado lo singular del sujeto, el papel del psicólogo clínico en esta instancia es priorizar el bienestar del personal tanto como el de los médicos como el de los pacientes, para que se pueda establecer la transferencia.

Desde la mirada clínica del psicoanálisis el síntoma es más complejo, es una modalidad de goce imposible de cerrarse en lo simbólico, suele ser más esas condiciones de salidas que posibiliten más entradas para cuestionarse más en relación al saber, decidir reflexionar algo más, es por eso que el autor Belaga nos recuerda en su texto “La práctica del psicoanálisis en el hospital” que la cuestión que atraviesa la práctica es como la relación del sujeto con el saber, su relación con el inconsciente, actúa sobre la relación con la satisfacción pulsional, el cómo situar en la cura esa articulación problemática entre el significante y el goce. (p.12).

En perspectiva, en esta sección se ha recorrido la noción de la conclusión de una cura bajo la demanda institucional desde el campo médico y así como también se ha explicado que existe una práctica de la psicología clínica orientada por el psicoanálisis, que ubica el cierre o el alta cuando se ha podido construir o localizar de esa relación que se señala entre el significante y el goce.

Desconocimiento de la singularidad del malestar psíquico y peculiaridades del ámbito institucional

El discurso médico es indispensable a la hora de clasificar y llevar a cabo criterios de diagnóstico para hablar del síntoma, excluyendo toda responsabilidad subjetiva, para dar paso al tratamiento y llegar a la cura de forma objetiva, dejando a un lado al sujeto, de manera que no se toma en cuenta la historia, la vivencia que pueda experimentar en torno a su padecer, no hay cabida de la palabra para que pueda simbolizar aquello que lo hace sufrir, por medio del lenguaje.

Por otra parte, de tal forma se interesa saber el carácter subjetivo, que tiene cada ser, en torno a lo que expresa sobre su padecimiento, algo que la medicina considera sin representación empírica, lo que conlleva a presentar dificultades para el saber médico, ya que lo que pueda poner en palabras el paciente acerca de su padecimiento no tiene relación con la enfermedad anatómica en la que se encuentra, algo que para el criterio del médico puede considerar cualquier discurso del paciente como un individuo estresado, algo a no tomar en cuenta en torno a una lectura de lo que le pueda acontecer.

Una particularidad que se presenta en las ciencias médicas tiene que ver con el desconocimiento de la singularidad de los sujetos sobre su malestar psíquico, en tal sentido que trasciende más allá de lo orgánico, sosteniendo que el soma tomaría un camino particular, que depende de cómo se construya aquel cuerpo libidinal que marque lo biológico, desde tiempos de Hipócrates se tiene conocimiento el papel que vincula las emociones con el accionar del cuerpo, con eso nos referimos aquellas marcas psíquicas que tienen relación con lo biológico, como aquello de lenguaje que no ha sido anudado en torno al fenómeno psicosomático que dejará marcas en el órgano.

En el caso del discurso científico, para el médico un “caso” cobra un valor distinto al que ofrece el dispositivo psicoanalítico: “Mientras en medicina la idea de un caso remite a un sujeto anónimo representativo de una enfermedad, por ejemplo, “un caso de listeriosis”— para nosotros, en cambio, un caso expresa la singularidad misma del ser que sufre y de la palabra que nos dirige”. (Nasio, 2001).

Un punto a considerar, que no se tiene en cuenta por parte del discurso médico, es del estadio del espejo, que considera, la identificación, lo imaginario y el cuerpo, donde se debe tener en cuenta el papel del significante que es consecuente en la vida del sujeto ya que este lo marca y se inscribe en el cuerpo, a este soma le hará falta una imagen especular para poder constituirse, con esto nos referimos a lo imaginario, moldea el soma, luego pasa por lo simbólico, por medio del lenguaje, dejando una marca en el cuerpo, por medio del significante, y a su vez constituye la estructura psíquica que el sujeto le brinda un soporte o quiebre, en caso que produzca un quiebre, conlleva a manifestaciones clínicas, que es lo que se denomina como enfermedades psicosomáticas.

En tal sentido los conflictos a nivel psíquico dejan marcas en el cuerpo, que muchas veces originan síntomas psicosomáticos, del cual el autor plantea: “enfermedades del cuerpo que comprometen fuertemente al sujeto” (Gallo, 2002, p.2) dentro de las más destacadas, las conversiones histéricas, hipocondría, algunas causadas por estrés, muchas de estas tienen que ver con significantes que han marcado al sujeto, que están en repetición y se expresan en el cuerpo, generando malestar subjetivo, que necesita ser abordado por medio de la palabra.

Siendo el médico, un profesional que se fija en las causas orgánicas producto de su saber biológico, el autor sostiene: “necesidad de preguntar sobre lo mismo y de quejarse como un signo de ignorancia y como efecto de una supuesta terquedad del usuario, hecho que revela el rechazo a darle algún estatuto a la enfermedad en la vida del sujeto” (Gallo, 2002, p5). Ante el desconocimiento del dolor subjetivo que pueda expresar el paciente, resulta de desinterés para el saber del médico, se les presenta un paciente que ellos denominan como uno “difícil”, de atender, por lo que la intervención del psicólogo permitirá ser un facilitador, para ubicar aquellas coordenadas que el paciente exprese ante este dolor, se podrá ubicar el malestar que aqueja.

Gallo propone que, debido al surgimiento y sometimiento de las nuevas exigencias de la época, en la que el capitalismo arrasa en su mandato y donde se anuda los sujetos ya no a un deseo sino al imperativo de competencia, es que emerge el sujeto enfermo, donde el diagnóstico de la enfermedad es lo que más importa, anulando la subjetividad, el sufrimiento que pueda simbolizar el sujeto. El estrés resulta la categoría diagnóstica más utilizada para nombrar los sujetos contemporáneos y se ha instalado en nuestra cultura como el malestar crónico de este tiempo (Gallo, 2002), se

trataría de hacer entrar este malestar en las lógicas del síntoma, desde la concepción psicoanalítica, ahí donde la palabra se muestra como posibilidad de elaboración para el sujeto.

Jean Clavreul en su libro “El orden médico” propone que todo médico juega esa dinámica de maestro y amo, del cual ya viene con un discurso y una práctica ya establecida, del cual el paciente se somete, sin cuestionamiento alguno. Es el médico que está instruido para examinar signos, síntomas, clasificarlo, llevar a cabo a una conclusión en relación a un diagnóstico, que divide al enfermo en dos polos: el hombre y la enfermedad, de esta manera el modelo científico resuelve el sufrimiento del ser humano, dejando entre paréntesis el ser del sujeto del inconsciente, esto se debe en cierta medida al desconocimiento que por defecto queda inscrito en la base de la formación profesional del médico, que suele manifestarse en ciertas ocasiones por incredulidad a todo lo que no pertenece a su ciencia.

Así mismo dentro del discurso médico la particularidad del sujeto se hace a un lado, no es relevante descifrar el origen, la continuidad y la significación de los síntomas, más bien el médico, remite ideas que va ir dando como resultado un diagnóstico, para llevar a cabo un tratamiento, una receta médica enfocado al mejoramiento del cuerpo, realiza chequeos por medio de exámenes físicos y mentales, detallando descripciones cuantitativas y cualitativas, para llegar a un criterio diagnóstico, de esta forma no implica al sujeto con su síntoma.

La siguiente cita, la propone la autora Mannoni (1987) en su libro “El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis”:

Con mayor frecuencia de lo que suele admitirse, ocurre que es el que cura, el médico, quien bloquea inconscientemente el movimiento dialéctico que se insinúa en el paciente, el modo en que las cosas se fijan en el enfermo debería llevarnos a poner el signo de interrogación en el médico. (Mannoni, 1987, p.22)

El dispositivo psicoanalítico determina el papel del sujeto, como lo más importante durante el proceso de la cura, ya no se encuentra de forma pasiva en torno a su tratamiento, como se presentaba en el discurso médico, sino que hará que se busque implicar en su malestar de forma activa, para poder descifrar significante inconsciente para situar la causa sintomática, esto se logra por medio de la simbolización del discurso del paciente, para ello, es importante plantear que: “es

preciso que el paciente cobre el coraje de ocupar su atención en los fenómenos de su enfermedad” (Freud, 1991, p. 154)

CAPÍTULO 2

El duelo en pacientes hospitalizados: un proceso psicológico

En este capítulo se hablará sobre el impacto que generan las enfermedades catastróficas en pacientes hospitalizados y la dificultad que se les presenta para la elaboración del duelo. Indudablemente se habla de salud cuando se goza de un bienestar físico, psicológico, social, se hace referencia a tener salud, pero cuando se hace presente una enfermedad, cuando una persona recibe un diagnóstico terminal, puede experimentar crisis y todo lo que viene acompañado con el proceso de su padecer, que pone en peligro la autonomía del sujeto, dando paso a la pérdida de sus capacidades, del estilo de vida que llevaba, que deba de cambiar a otro extremo todo lo que podía realizar con anterioridad, es por eso que la persona entra en un proceso de duelo.

Por lo que este duelo está caracterizado por una turbulencia de emociones, pensamientos, una historia que marca al sujeto, y lo llene de una cadena de repetición de decires, conductas, etapas, desánimo, pérdida del deseo de vivir, sufrimiento, afectando a la subjetividad de la persona, dejando una ruptura en quien la padece, así como también la posición subjetiva que tome el sujeto en torno a lo que viene después del diagnóstico y todo lo que debe de controlar después de su enfermedad. Y también puede llegar un momento en que acepte su cuadro, que, si bien no la ha elegido, puede decidir cómo enfrentarla, este proceso de duelo dependerá en cómo la persona le da el significado a su nueva condición, qué tanto sabe de ella, qué tanto la conoce, y qué es lo que va a generar en su vida.

Concepciones sobre la muerte y enfermedad (por catástrofes o accidentes) del paciente en procesos de duelo

¿Qué es un duelo? El duelo hace referencia a las nociones de pérdida en la vida, esta puede implicar una pérdida significativa ya sea de una persona, un trabajo, un ideal, la salud, es una reacción natural frente a lo que ocasiona una reacción emocional, y es dolorosa, conlleva un proceso que tiene un inicio y un final, del cual implica aspectos psicológicos, físicos, sociales, incluso la persona tiene la expectativa de que es algo que va a sanar con el paso del tiempo, ya que tiene un significado en

torno a esa pérdida, y existe toda una energía libidinal puesta en ese proceso de duelo. Por lo que es importante señalar la definición de lo que se entiende por duelo, teniendo en cuenta lo dicho por Freud, citado por León-López:

El duelo es la reacción de un sujeto a la pérdida de una persona amada, de una idea (...) o de un proyecto cuyo valor y significación son importantes para el sujeto. El principio de realidad ha mostrado al sujeto que el objeto está perdido y que es necesario retirar la libido de este objeto (2011, p. 2).

Debe señalarse que los duelos son procesos que se suceden de forma natural, de manera singular para cada persona, es subjetivo, es decir que ningún proceso de duelo se parece al de otra persona, cada quien experimenta su propio dolor, y lo expresa como puede a su manera, es algo universal que les ocurre a los seres humano. Importante precisar que desde la perspectiva psicoanalítica la experiencia de pérdidas futuras estará asociadas o vinculadas con las formas en que la primera experiencia de pérdida se inscribió en el inconsciente de quien la padezca. “Cada pérdida acarreará un duelo, y la intensidad del duelo no dependerá de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye, es decir, de la inversión afectiva invertida en la pérdida” (Cabodevilla, 2007, p.2).

Las enfermedades catastróficas traen consigo incertidumbre, angustia, ambivalencia, ante todo este diagnóstico implica problematizar cómo el sujeto concibe la muerte, qué es lo que más le perturba, o la narrativa que tenga sobre la muerte en general. Estos pensamientos son los que predisponen la carga emocional de la persona en cómo la acepte, en cómo le dé sentido al tiempo y a la vida, y que a partir de estos momentos son los más culminantes en torno a lo que va a suceder después.

La idea de la muerte, o de su propia muerte en el plano del pensamiento, la representación de una cosa se liga a la de otra, por lo que, la respuesta afectiva que se espera, cuando se piensa en la culminación de la vida, termina produciéndose al observar otra situación que es la enfermedad, esa suerte de encadenamiento asociativo entre enfermedad y muerte, que hace el paciente produce reacciones dolorosas, cuando se nombra la situación terminal de la enfermedad. (Cardona, 2015, p. 15)

La manera en que se llega a comprender esta propuesta, tiene que ver con la subjetividad que está implicada en este proceso de duelo, dejando en claro que una

enfermedad catastrófica absorbe una serie de significados que le puede dar una persona que experimenta este proceso, que va más allá de alguna cuestión orgánica, con esto se introduce a analizar esta realidad de quien la padece, dejando a un lado la alteración biológica, sino más bien centrándonos en el papel que ocupa el proceso psicológico que está inmerso el paciente hospitalizado. Es por que aquel proceso en el que se encuentra el sujeto cercano a la muerte ha sido denominado terminalidad terapéutica, para designar este espacio que representa de forma particular que experimenta cada sujeto en la situación psíquica en la que está pasando, por lo que Pecznik (2012) propone: “La terminalidad terapéutica es el momento de la enfermedad terminal en el cual han cesado las posibilidades curativas y sólo queda el sujeto enfermo frente a su existencia” (p. 39).

Desde esta perspectiva, el sujeto que padece de una enfermedad catastrófica haciendo énfasis en el grado terminal, no tiene probabilidad de que ocurra algún efecto en el tratamiento curativo, así como también debe de hacer frente a la percepción de la muerte que se impone en su vida, de manera que supone este límite de su existencia o que tiene de disponer algún recurso de curación, plantea un gran trabajo para el psiquismo, cuando se le da la mala noticia al paciente sobre la carencia de alternativas que permitan dar paso con la rehabilitación, o en algunos casos donde se debe de amputar alguna extremidad como medida de emergencia, es algo que se le presenta al sujeto algo poco alentador, un suceso catastrófico en su vida.

Así mismo, no todos pasan por las mismas fases, los mismos procesos, mecanismos no se da en un tiempo cronológico, para alcanzar su resolución, sino más bien Freud lo postula en un tiempo lógico, para que se dé dando esta transitoriedad, siendo que se vaya soltando de poco en poco ese punto que unía aquel objeto que se ha perdido, no es lo mismo perder algo que se ha querido de forma parcial, con algo que se ha amado profundamente, por lo tanto, conlleva a un proceso que es requerido progresivamente, y demanda de mucho esfuerzo a nivel del aparato psíquico. “Cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace de la libido con el objeto es sucesivamente despertado y sobrecargado, realizándose en él la sustracción de la libido” (Freud, 1915, p. 2092).

Como resultado que trae consigo la elaboración del duelo, repercute en el Yo, es el que se encuentra en pérdida, del cual se centra esa falla causando desinhibición, dejando el objeto perdido, de manera que es eso lo que lo hace sufrir al sujeto, debido

a que aquel objeto constituía algo primordial en la vida del individuo, generando padecer cuando esto se pierde, por lo tanto, el trabajo que se realiza en el duelo es restituir ese objeto, restituir investiduras que estaban colocadas en el objeto, para transferirlo a otros, es por eso que se menciona lo siguiente: “Se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y de energía de investidura, y entretanto la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico.” (Freud, 1917, p.243).

Es decir, existe una alteración por aquel objeto perdido, del cual debe de crearse una nueva relación con un nuevo objeto, el sufrimiento del sujeto toma esa posición de aferrarse a lo que perdió, resquebrajando la causa del deseo, la falta queda en un punto sin ubicación, el sujeto se encuentra orbitando alrededor de esa falta, ese mecanismo que permite relacionarnos con aquello que se denomina la falta, dejando en falta en ser al sujeto, dando paso a que se muestre resignación, para poder avanzar con el proceso se debe de aceptar lo ocurrido, de esta manera se puede dar paso a la creación de nuevos objetos, así se transita hacia un nuevo comienzo. “La libido se aferra a sus objetos y no quiere abandonar los perdidos, aunque el sustituto ya esté aguardando. Eso, entonces, es el duelo.” (Freud, 1915, p.310).

De igual forma cabe señalar, que se debe de subjetivar esa pérdida, que ha sido inscrita como la “falta”, ya que no se está en una situación de duelo por cualquier situación u objeto, sino que se presenta como algo insoportable que deja atropellada esa falta, por lo que se especifica que es precisamente el punto que se debe de tramitar, que amerita de lo simbólico para poderse resolver, aquella que ha sido tocado en lo real, es por eso que, el trabajo del duelo se presenta primero como una satisfacción dada en los elementos significantes para hacer frente al agujero creado en la existencia, por la puesta en juego total de todo el sistema significativo alrededor del mínimo duelo” (Lacan, 1959, 243).

En lo expuesto en la cita Lacan señala que el duelo va dejar un agujero en lo real, rasgando la estructura subjetiva del sujeto, es por esto que se produce afectaciones en la subjetividad, alude a un trabajo con la falta, lo que se cambia es la posición subjetiva de la persona, es por eso lo importante del duelo se señala que no se trata de reparar solamente, se trata de cambiar la manera de en cómo se posicione frente a estas condiciones, entonces la circulación de la falta es lo que hará que el sujeto se coloque de una forma distinta en su vida por medio de la subjetivación en palabras se puede efectuar.

En otro aspecto, vale la pena puntualizar este nexo que tiene la disfunción y la muerte que conlleva tener una enfermedad catastrófica o en su variable haber sufrido un accidente, se hace énfasis que al perder capacidades que podía realizar el sujeto con anterioridad, es donde el paciente puede asumir lo cercano de una muerte, generando un malestar subjetivo. Toma relevancia lo dicho Mannoni (1997) en su texto “Lo innombrable”, aquí nos menciona que con esta nominación se hace referencia para designar una condición de la muerte, por lo que respecta todo ese proceso de la enfermedad en el que se encuentra la persona que antecede para el deceso, de tal forma que la reacción que se da en la mayoría de las personas, cuando deben afrontar ese padecer, resulta de carácter invalidante, renunciante y angustioso (p.9).

Hay casos en donde las personas no aceptan la muerte o la pérdida de algo, dejándolos en un estado de negación, donde llegan a pensar que aún lo tienen consigo, en estos casos se produce la articulación de la actividad profesional con lo del aspecto invalidante de la enfermedad. En tal sentido, la autora se refiere que se va producir lo real por lo simbólico, con esto se explica a la muerte como algo del orden de lo real, que muchas veces se convierte en algo indecible, pasando por lo simbólico, alojándose en las pérdidas, algo que requiere de una tramitación en el duelo, es decir poner en palabras aquello que el sujeto no puede por el dolor que está pasando, es algo que no puede nombrar o decir en primera instancia, porque resulta muy complejo, este tipo de situaciones son las que requieren protocolos, procesos, y además espacios donde pueda circular la palabra.

Nos transmiten su deseo de curarse, el temor por lo incierto, y el cansancio por dolores no controlados y tratamientos cruentos e infructuosos, que se suman a la suposición de que deben seguir, siendo buenos pacientes para vencer a la enfermedad y a la muerte, y para seguir siendo queridos y valorados por familiares y Médicos. (Marquis, 2007, p. 88)

Cuando se habla de una enfermedad avanzada, se hace referencia a las enfermedades catastróficas, accidentes que han comprometido la vida del sujeto, quedando con afectaciones y pérdidas en su cuerpo, una pérdida funcional en sus capacidades, constituye un agujero en lo real, dejando al sujeto en el vacío, debido a que ha está perdiendo salud, pierde autonomía, y ya no puede realizar cosas que podía hacer antes, como trabajar, tendrá estas dificultades, que lo marcan, en un significante de incapacitado, dejándolo en una posición de invalidez, podrían surgir significantes

por el cual se nombre a sí mismo como alguien que ha quedado mutilado o impedido, por lo que se concibe a la idea de la pérdida como: “una experiencia que no admite relato. Pertenece al registro de lo innombrable y constituye la mayor herida narcisista que pueda sufrirse” (Pecznick, 2012, p. 13).

Tipos de Duelo

Cada ser humano se tiene que enfrentar con la pérdida de seres queridos, las primeras experiencias pueden ser familiares, parejas, amigos, cada uno tiene una historia distinta, por lo que se considera que es un destino común para todos, la persona que experimenta un duelo debe dar una respuesta frente a este desafío, donde el ser humano cuenta con mecanismos y recursos para trascender el dolor que significa un duelo, por lo que a continuación se va a detallar los tipos de duelo que existen.

Preduelo

El preduelo se caracteriza cuando la persona afectada por la enfermedad o situación de pérdida es vista y percibida netamente por lo que se le diagnostica o adjudica, esto quiere decir, que existe una anulación del sujeto, sin ser reconocido. Este proceso es lo que se denomina como un duelo completo. (Meza, 2008, p. 4)

Duelo normal

El duelo normal hace referencia a la respuesta normal de un duelo no complicado, donde el sujeto va expresando emociones sanas en torno a ese proceso que pasa, es el más común de todos, tiene un inicio y un final, y se caracteriza por los siguientes síntomas: Perplejidad ante la pérdida, dolor y malestar subjetivo, experimentan negación en un primer momento, aceptación, autorreproche, se expresa tristeza, llanto, etc.

“Es definido como la reacción natural matizada por el entorno sociocultural normal y esperable, de adaptación a la pérdida o separación de un ser querido” (Landa & García, 2007, p.2). Es decir, es un proceso normal que experimentan todas las personas que va desde una separación de pareja, el fallecimiento de algún familiar es universal y cada ser humano en algún momento va a experimentar una pérdida.

Duelo Anticipado

Este tipo de duelo tiene que ver cuando se le anuncia prematuramente una enfermedad terminal o catastrófica al sujeto, y deja consigo una afectación al enfermo como a los familiares, donde el sujeto tiene concepciones cercanas a la muerte, y al final que trae consigo su vida, tiene su punto de inicio cuando el paciente empieza a convivir con la enfermedad incurable que trae consigo un desenlace, de tal forma que permite a los familiares, amigos a tener una preparación y anticipar aquella pérdida, donde se puede experimentar múltiples situaciones negativas en torno a la enfermedad que los obliga a afrontar este suceso, por lo que el siguiente autor postula:

La anticipación de la muerte posibilitará prepararse para ella y para la despedida del ser querido. En el período que va desde el diagnóstico hasta la muerte, la respuesta personal del enfermo podrá fluctuar desde períodos de negación, en los cuales seguirá viviendo como si no estuviera enfermo o como si no supiese que va a morir, en los que compromete mecanismos como la negación, frustración, despliega momentos sentimientos de tristeza, miedo, angustia ante la muerte, diversas preguntas sin respuesta, una lista de cosas pendientes que no ha podido realizar sumado al dolor de tener que separarse de sus seres queridos. (Yoffe, 2013, p.8)

En efecto, el sujeto buscará de alguna forma darle sentido a su vida de forma desesperada, o en muchos casos se niegan a creer que tienen la enfermedad, o en peores circunstancias es un momento de sufrimiento constante para la persona que se envuelve de pensamientos dolorosos quedando desconcertado al no saber qué le depara al futuro. De manera que se suman las pérdidas de las funciones físicas y psíquicas, dejando consigo angustia para él y sus familiares, un vacío ante estas sensaciones de dolor concebida como muerte irá vivenciando. El sentimiento que más hay que atender en este tipo de duelo es la ambivalencia afectiva que genera en haber deseado la muerte en el proceso por haber generado tanto sufrimiento o deterioro, debido a que el sujeto está agonizando, que lo acompaña la enfermedad, donde se puede sentir la culpa.

Duelo Patológico

El duelo patológico o también denominado duelo crónico se caracteriza por la falta de adaptación que tiene la persona por seguir adelante con su vida, aún manifiesta

dolor prolongado, dejándolo sin capacidad de hacerse cargo de sus responsabilidades, no ha sido tramitado de forma adecuada, llegando a un desbordamiento emocional comprometiendo muchas de las funciones psicológicas en la persona, llevando a que ejecute conductas en riesgo, como la ingesta de alcohol, o dejando a la persona en estado de pasividad, el sujeto no se orienta en relación a la pérdida, del cual se queda fijado en aquellas emociones que giran alrededor de ese duelo, se lo puede identificar cuando: Se manifiesta síntomas de tristeza prolongado más de 1 año y aún son muy significativas, estancamiento, negación extendida, presencia de alucinaciones complejas estructuradas. “Es un eterno duelo que no se ve superado, es decir, la agonía se extiende en el tiempo y no es superado de manera satisfactoria o correcta” (Meza, 2008, p. 4).

Duelo Congelado

Se hace referencia a este tipo de duelo a aquellos por resistencia, por no expresar emociones, por no poder realizar catarsis, la persona se encierra en sí mismo, en su duelo, realiza un duelo en solitario, dejando que el tiempo transcurra, ha quedado inhibido el proceso, la persona no aparenta signos de dolor aparentemente en primera instancia, dejando al sujeto sin expresar una respuesta, dónde está prolongando sentimientos sin exteriorizar.

Duelo enmascarado

Como lo menciona Cabodevilla (2007) el duelo enmascarado involucra síntomas físicos y conductas defensivas que se evidencia en la persona que ocasionan conflicto, dolor, y padecimiento, pero que no las asimila en torno a la pérdida, sino que las relaciona con otras cuestiones que no tienen nada que ver con el origen de su malestar, por lo que este tipo de duelo es característico que la persona asista al médico, y aqueje otros tipos de dolencias, ya sean orgánicas para evadir su pérdida, ya que no desea asimilarlas como tal, por el cual se expresa de otra forma. (p.8)

Tipos de Pérdidas

En lo esencial, cuando se habla del duelo no solo hay que remitirse a la pérdida significativa de un ser querido, sino que puede darse en otros aspectos, tal como es el

caso presentar un quebranto de salud, de manera simbólica que representa la finalización de una relación amorosa, el ser despedido de un trabajo, que puede incidir de manera subjetiva en el sujeto, por lo que se ha podido ubicar los tipos de pérdida las cuales están clasificadas de la siguiente manera: (Cabodevilla, 2007, p.2)

Pérdida de la vida

Este tipo de pérdida hace referencia, a aquella pérdida en su totalidad de ser o de la propia vida, como se puede evidenciar en los casos de pacientes hospitalizados que presentan enfermedades terminales, donde la persona se encuentra ante su posible deceso.

Pérdidas de aspectos de sí mismo

Este tipo de pérdidas se relacionan directamente con la salud de la persona, ya que involucra directamente la integridad física del sujeto, esto tiene que ver con el cuerpo, incluyendo las capacidades sensoriales como las auditivas, visuales, cognitivas, la memoria, motoras como caminar, y psicológicas, como la depresión, autoestima, o ya sea ideales.

Pérdidas de objetos externos

Cuando se menciona este tipo de pérdidas no involucra al individuo, sino que hace referencia a pérdidas de sus objetos, materiales, algo que posee de forma externa, este puede ser perder un trabajo, así como también perder la estabilidad económica, objetos de valor como una propiedad, una casa, un carro, etc.

Pérdidas emocionales

Se hace referencia a la pérdida de vínculos y lazos afectivos que se dan entre amistades y parejas sentimentales que son muy significativas en la vida de la persona.

Pérdidas ligadas con el desarrollo

Se hace referencia a las etapas de la vida en las que se constituye el sujeto, tal como es bien conocido el cambio de la infancia, dejar esa etapa, y dar paso a la adolescencia, para posteriormente dar apertura con la juventud adulta y recibir la vejez en buen o en mal acogida, como se da en la menopausia, todo proceso conlleva consigo una pérdida asociada, a seguir adelante y no retroceder.

Fases del duelo

Cuando las personas están perdiendo algo significativo están atravesando un proceso de duelo que suele consistir en una serie de fases que darán lugar a como la persona responde frente a esta pérdida. Bowlby (1993) en su texto “La pérdida afectiva” citado por Flórez (2002) establece una organización considerando 4 fases:

La fase 1

Es denominada como “fase de entumecimiento o shock”, constituye al inicio de una angustia y desesperación algo característico de esta fase, de manera que la persona aún se encuentra paralizada por el objeto perdido, por lo que tiene la tendencia a recurrir a la negación temprana, se niega aceptar que ha perdido algo, tiene una duración corta, así como el sujeto puede volver a experimentar esta fase varias veces producto de la negación.

La fase 2

Es conocida también como “fase de anhelo y búsqueda”, involucra sensaciones de añoranza, hacia el objeto que ha perdido, y es reflejado bajo el ímpetu de la desesperación de volver a recuperar lo que ha perdido, por lo que surgen pensamientos constantes en torno a la persona fallecida. Es habitual que se presente en todas las personas, conlleva un proceso que puede variar por meses, o incluso años.

La fase 3

También denominada como “fase de desorganización y desesperanza”, es el momento donde se puede visualizar y sentir más la realidad de la pérdida, es decir va dirigida hacia el Yo, por lo que todo lo que acontece en esta fase resulta desgarrador para la persona, ya que se encuentra experimentando el dolor propio, así como también puede mostrar signos de insomnio, perder el sentido de la vida momentáneamente, queda marcado por el vacío que constituye esa falta en su ser

La fase 4

Conocida como la “fase de reorganización”, constituye la última fase en la cual el sujeto empieza a reorganizarse poco en poco en torno al proceso doloroso que ha vivenciado el duelo, es ahí donde ya se da los primeros pasos de aceptación y asimilación del objeto que se ha perdido, el sujeto va a establecer nuevos vínculos,

para dar posteriormente continuidad a restablecer su vida, y llevar a cabo las actividades que no ha podido realizar. (p.4)

Factores externos (económicos, ausencias familiares) que condicionan la respuesta al duelo del sujeto y sus posibles salidas

En este apartado se revisan elementos o circunstancias externas que se involucran en la elaboración del duelo del cual están determinadas no solo por el desgaste emocional, la pérdida del objeto, sino también se pone en contexto los factores psicosociales que rodean a la persona, es decir su sistema dinámico familiar que le brinda soporte al sujeto, así como también la solvencia de recursos, así como también constituye su apoyo social quienes le dan acogida al sujeto, y le ayudan a resolver aquellas tensiones emocionales por las que pasa.

Dificultades económicas

Dentro de este apartado, además de experimentar una dolencia por el duelo de una enfermedad catastrófica como el sujeto que la tiene y su familia que lo acompaña, es importante señalar las dificultades económicas que se presentan durante un duelo, en el ámbito socioeconómico la persona que padece de una enfermedad catastrófica suele presentar escasez de recursos económicos para costear, medicamentos, recetas, teniendo en cuenta la realidad que atraviesa el país, muchos de los hospitales de la red pública se encuentran desabastecidos, no cuentan con todas las medicinas que deben tener, por lo cual no pueden seguir los tratamientos adecuados.

La enfermedad, además de ser devastadora por sus efectos físicos que trae consigo, también lo es en el campo socioeconómico, sobre todo cuando se trata de la cobertura de seguros, del cual en la mayoría de los hospitales es insuficiente. Con frecuencia, los seguros médicos imponen severas restricciones a las intervenciones para el manejo de los efectos humanos por fuera de las intervenciones que realiza el equipo especializado. (Ríncón & Castillo, 2006, p.1)

En vista de que aparece una enfermedad existe una disparidad, cuando se presenta en una familia que carece de recursos económicos es un hecho que deja en crisis al paciente a la familia que no cuenta con poder adquisitivo para poder solventar

los gastos, y costos que deja como secuela las enfermedades catastróficas, a diferencia de las familias que sí cuentan con una estabilidad financiera.

En efecto la crisis familiar es una variable que se debe de tomar en cuenta en torno a la salida del duelo que tenga el sujeto con semejante padecimiento, más aún si se presenta en casos donde el paciente enfermo, un padre de familia es el proveedor de su hogar y dejaría en desorganización los roles familiares, ya que él se encuentra imposibilitado para poder proveer, es algo que puede causar frustración, es considerable analizar este malestar subjetivo que también pasa desapercibido ante la mirada de otros, señalando el elevado costo de medicinas, y que no esté al alcance para poder costear, dejando desgaste económico.

Apoyo Social

Tener redes de apoyo para poder afrontar una enfermedad terminal o catastrófica que se presenta de forma inesperada constituye un factor externo fundamental en la salud psíquica como también en la física, se convierten en cuidadores primarios, disminuye el estrés, la angustia de la persona, así como también se mitiga el aislamiento social, y la percepción que tiene el sujeto en su entorno favorece para los acompañamientos emocionales frente a su dolencia, la ausencia de no contar con familiares, dejará en abandono al sujeto.

La familia constituye un aspecto fundamental como red de apoyo social, porque le ayuda al sujeto a reducir tensiones emocionales dentro del contexto del duelo por el que se encuentre, le permite afrontar la pérdida de mejor manera evitando, el aislamiento y el debilitamiento emocional, además participan en el apoyo de establecer ese espacio para que el sujeto pueda expresar en palabras sentimientos, emociones, y son quienes conocen la situación por la que atraviesa la persona, brindar un acompañamiento de un profesional de la mano con sus seres más cercanos le permite tener una mayor comprensión y mejoría de un proceso de duelo.

Comunicación y llegada del diagnóstico al paciente

La comunicación del diagnóstico de una enfermedad catastrófica es un tema central que puede ser entendido como una mala noticia, puede generar un fuerte impacto en la psiquis del sujeto, así como también en la de su familia. Cuando se va a brindar la transmisión de esta noticia se debe de tener en cuenta la percepción de la

persona, ya que puede causar un gran efecto y recordarlo como un evento traumático, es por eso que es importante tener en cuenta cómo se maneja este tipo de información, la forma en cómo se transmite, incluso se debería tener en cuenta que no sea solo el médico quien dé a conocer sobre el diagnóstico de un paciente, sino acompañar la comunicación del diagnóstico con un profesional de la salud mental, si el caso lo amerite. Los autores mencionan al respecto sobre las malas noticias:

Se conceptualiza como malas noticias aquella información que altera al individuo y sus expectativas del futuro. Las malas noticias suelen ser asociadas siempre al diagnóstico de enfermedad terminal, pero existen otras situaciones en la práctica médica que implican impartir malas noticias, como el diagnóstico de un daño fetal en una mujer embarazada, diagnóstico por imagen de esclerosis múltiple en paciente joven o el diagnóstico de diabetes mellitus en paciente adolescente. (Herrero & Diaz, p.9)

En los hospitales sugieren que se lleve a cabo intervenciones psicológicas necesarias para controlar las reacciones emocionales que se dé durante el proceso del duelo, así como también brindar estrategias de afrontamiento cuando la enfermedad es grave y de alguna forma le llega arrebatar el sentido de la vida al sujeto, dejándolo en un vacío, que lo siente a través de su cuerpo, un real que rebasa y excede desbordando al sujeto, quitándole toda esperanza o paz, es ahí donde el psicólogo debe de intervenir.

Protocolo EPICEE

El protocolo EPICEE es uno de los protocolos que sirve para brindar y facilitar la comunicación de malas noticias que deben de manejar los profesionales de la salud ya que están inmersos en un ambiente totalmente sensible, es importante mencionar que esta guía engloba los siguientes elementos, un tratamiento, un diagnóstico terminal, una enfermedad catastrófica, o una pérdida funcional, procedimientos dolorosos para una persona.

El protocolo EPICEE es uno de los más conocidos para brindar malas noticias y se compone básicamente en 6 elementos que van a facilitar para tener mejor estrategia para encontrar un espacio y hacer llegar esta información al paciente y a su familia. (Salvador, 2010, p.5)

Entorno: es el lugar donde se va a dar la noticia, de preferencia debe ser en espacio privado, disponer el tiempo necesario para el paciente a dar una respuesta emocional sin sentirse juzgada.

Percepción: Conocer lo que el paciente y la familia está entendiendo por la situación que está atravesando, se debe realizar preguntas para abrir el panorama sobre qué información tiene el paciente, para poder aclarar cualquier duda.

Invitación: Dialogar con el paciente acerca de qué información desea recibir, existen casos donde el sujeto prefiere no conocer sobre su enfermedad, y otros que desean tener más datos, por ende, es importante ya que nos va a dar una pauta que nos permita saber qué información tolera la persona.

Comunicación: Ajustar el lenguaje, para que se facilite el entendimiento con el paciente

Empatía: identificar la emoción que tiene la persona, para poder validar la presencia de emociones, brindando un espacio para que la persona pueda expresar emociones, con palabras o silencios.

Estrategia: Corresponde al plan de manejo y seguimiento, para facilitar la interacción con el paciente y la familia y así reducir los conflictos que pueda evocar la llegada del diagnóstico, con la colaboración del trabajo con el psicólogo.

Estas guías o protocolos se deben de adaptar a las circunstancias de acuerdo a la institución, y del cual todo profesional de la salud deberá de tener conocimiento y la habilidad necesaria para llevar a cabo los procedimientos en ese momento, y se utiliza con el propósito de no incrementar cargas emocionales negativas, con esto se facilita la transmisión de equilibrio al paciente y se trata de contener o minimizar reacciones dolorosas, y constituye un aspecto fundamental ya que se evita reacciones de desborde en la persona.

Salidas ante el duelo

Se realiza una precisión del cual el sujeto puede encontrar salidas ante el duelo que manifiesta, ya sea por padecer una enfermedad catastrófica, pasar por la amputación de alguna extremidad, o ya sea por recibir un diagnóstico fulminante, que no solamente afectan al paciente, sino también a su familia o quienes lo acompañan en

el proceso, ya que involucra desgaste emocional. Estas salidas pueden ser positivas y negativas. A continuación, explicaremos una síntesis de cada una de ellas:

Positiva

En el caso de las enfermedades catastróficas, lo más resaltante que se da en el duelo de los pacientes es que se manifiesta de forma lenta, progresiva y además les anticipa que existe una posibilidad que conlleve a un desenlace final, se trae a colación de que estas pérdidas son más notorias, notando como la imagen va decayendo a medida que avanza la enfermedad, la cual deja mucha incidencia en la familia, y en el paciente.

En un principio se da la negación por aceptar aquello que es irreversible de la situación, la imagen sana de ese sujeto, salud, autonomía, un ser querido, que con el tiempo y la lógica del duelo lo permite. El paciente logrará resignificar la pérdida de esta imagen, ya no se centrará en lo que ha perdido, sino más bien empieza a construir un nuevo significado, para sostenerse y seguir adelante con lo que tiene para esto se hace referencia a la subjetivación del duelo, del cual la autora plantea:

La función subjetivante del duelo tiene su punto de partida desde el plano vincular, del cual el sujeto en duelo, en encuentro con un otro, logra recoger algo de lo sentido ante la pérdida, proporcionando significados y formas para vivenciar la pulsión que es devuelta al yo y que queda teñida de una falta que no puede completarse de la misma forma que antes. Posibilita un lazo con el objeto perdido, permitiendo un proceso de duelo reparador de ese vaciamiento singular sentido por el sujeto. (Elmiger, 2010, p.17)

En efecto, la resignificación conlleva a reconstruir lo que ha sido afectado por la enfermedad del sujeto en su subjetividad, a simbolizar un nuevo sentido, transformar en una nueva historia las experiencias que tiene por delante en la vida, desligándose de lo de ese momento traumático pasado, que lo encapsula en ese particular goce y lo hace retroceder, es algo que no establece trazos con la palabra, ya queda reprimido en memorias del dolor, de desamparo y subyacentes a pensar en la muerte.

Por lo tanto, la salida positiva le permite al sujeto reconstituirse, y solo es posible mediante la puesta de palabra, repensar en soluciones, dejando de lado las

limitaciones de su enfermedad, y pensar en todas las alternativas o posibilidades que tiene para tener una mejor calidad de vida, siendo necesario el acompañamiento del psicólogo clínico en un espacio de escucha.

Negativa

En la salida negativa del duelo es posible que el paciente experimente resignación, culpa y rechazo a todo lo que conlleva a los cuidados posteriores del tratamiento que deberá seguir para poder tener mejor calidad de vida, esto debido a que ha perdido el sentido a la vida, no ha podido aceptar los nuevos cambios que deberá realizar, se aferrará al pasado, permaneciendo en un duelo sin fin.

El paciente suele hacerlo en silencio, porque no quiere seguir adelante, coloca una barrera para frenar todo intento de cura, sintiéndose invalidado por su condición, por lo que se sumerge más en el abandono, ante esto que no es tramitado por la palabra, el autor explica lo siguiente:

Lo no simbolizado es lo que no cambia. Ya sea porque hay un exceso de ligazón, con lazos inamovibles, o porque una desligazón también excesiva no permite establecer las redes y estructuras simbólicas susceptibles de organizar de alguna manera lo que proviene del otro y de lo pulsional, habilitando la resignificación y la consiguiente apertura al sentido. (Schkolnik, 2007, p.6)

Urgencia Subjetiva

Es fundamental comprender la definición de lo que implica o refiere una urgencia subjetiva, por lo tanto, se precisará algunas de las interpretaciones que hay entorno del término según varios autores. Por un lado, tenemos a la urgencia subjetiva como un acting out, en donde se invade el cuerpo desde la una angustia inminente que conlleva un acting. Justo en ese momento de vacío y angustia a la nada, se evidencia como desde lo simbólico se rompe algo que obstaculiza al sujeto en el lenguaje, es decir, la nada. Ahí en donde hay un desborde de lo pulsional, entre el registro de lo real, el sujeto y el objeto, ante el vacío, la nada. Una vez que se ha producido un quiebre en la vida de un sujeto es imposible volver a un estado anterior. “Es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo dónde está la posibilidad de supervivencia de la posición propiamente médica”. (Lacan, 2006).

El paciente o el sujeto al momento de atravesar una urgencia, se precisa en responder desde lo que propone la práctica psicoanalítica, en donde se busca darle un espacio a que surja la palabra, permitiendo que aquello en lo que ha sido atravesado, le dé un recurso para salir de la nada. Hay que buscar que el sujeto por medio del habla y desde la escucha, le permita simbolizar un significante o un recurso que le permita volver otra vez en sí mismo. Permitir que el sujeto pueda ubicarse nuevamente en la realidad, va más allá de lo anteriormente mencionado, es que después de esta urgencia subjetiva, desde su realidad pueda ubicar lo que ocurrió que lo llevó a desbordarse de lo real. “La urgencia produce ruptura, que puede ser visible en el lenguaje o en el cuerpo” (Sotelo, 2015, p. 67).

Como bien lo expresa Sotelo (2015) en su estudio y propuesta de nuevos tratamientos de urgencias subjetivas, es este un momento en el cual el sujeto está urgido por retornar a su estado anterior de la angustia. En un tiempo lógico, se diría que desea volver a situarse previo a la urgencia; a pesar de que esto no es posible una vez cursada la angustia. Lo que sí se logra por medio de la intervención analítica, es la emergencia del sujeto que ahí se halla extraviado.

Por otro lado, el papel que juega el cuerpo durante el acting, permitirá que sirva como recurso cuando la escucha o la palabra no logré sostener al sujeto ante la ruptura con lo simbólico. Es decir, en donde el sujeto, ubicado desde la posición de paciente, en donde depende de un Otro, el Otro de la salud, que lo ubica sin una significación propia, es lo que ocasiona el acting out o el pasaje al acto directamente. Más allá de depender del Otro por lo inminente del hecho, o bien sin su dependencia, como en casos de catástrofes naturales, hay que considerar que la carencia de un llanto, un golpe o un grito, generaría un desborde mayor, por lo cual, se debe apuntar a al menos lograr este tipo de recursos frente a este vacío.

Es de este modo que llegamos a las urgencias, donde se hace cada vez más evidente la clínica del acto, las crisis nerviosas, las conductas impulsivas tales como los intentos de suicidio y diversas respuestas ante la angustia que conducen al sujeto a una sala en el servicio de emergencia del hospital general. Donde llamamos urgencias subjetivas a todas estas 33 situaciones que pueden ser leídas como “desbordantes” las cuales remiten a epidemias contemporáneas según el autor Mario Belaga (2002), sin embargo, la mayoría de los pacientes que ingresan no llegan por su propia voluntad, sino que son traídos por la

celeridad de los familiares escenificándose la situación de urgencia. Belaga, G. parafraseado por Prado, L. (2014, p. 25)

Asimismo, hay que indicar que en este vacío en el que se encuentra el sujeto, mismo que está desprovisto de su recurso de significantes, como la palabra, se puede generar otro tipo de significante por medio de otros recursos simbólicos; no obstante, hay que tener mucha cautela en esta intervención, porque dentro de estos medios que pueden suponer sostener al sujeto, pueden ser un puente hacia el acting o al pasaje al act. Para lo que Garmendia, J. (2012. p. 14) indica que:

Los psicoanalistas no tenemos un tratamiento específico contra el suicidio, pero sí contamos con un tratamiento que llama a la vida (...) al despertar de un sujeto, que se sabe en falta, que sabe que la vida es una vida desmochada producto de la elección forzada, pero sabe también que tiene derecho a elegir la vida que desea vivir. Si la vida es algo que nos es dado, el modo de habitarla es nuestra responsabilidad. Que cada uno habite esta vida según su deseo, sin el peso del Ideal ni la liviandad de la melancolía.

Sin embargo, considerando las razones por las que se dan este tipo de eventos o situaciones, son producto de la sociedad en la que estamos, la cual en su constante progreso y las modificaciones que hay entre lo establecido y lo nuevo, ubican al sujeto a modificar o generar otras formas de goce para su vivencia en el día a día. Por lo tanto, hay que considerar el impacto social en la vivencia del sujeto y las formas en cómo se desenvuelven para ver más allá de la urgencia subjetiva, sino en cómo y bajo qué indicadores surgen muchas veces, y cómo pueden ser abordadas en estos nuevos contextos.

Asimismo, desde este contexto social hay que tomar en cuenta la realidad de nuestro país, Ecuador. En donde día a día las vertientes de lo social, físico, psicológico y económico peligran ante los riesgos inminentes de una sociedad expuesta al crimen organizados y sus aristas; tales como: el sicariato, el secuestro, los robos, los homicidios, los femicidios, las extorsiones y las famosas “vacunas”. Es así como, los sujetos ante la vivencia de sus distintas problemáticas. y la exposición ante los riesgos actuales, se encuentran ante un vacío de significantes, a una urgencia subjetiva; puesto que, en donde antes se encontraba una respuesta ante un crimen, el apoyo de la justicia,

hoy no encuentran más que silencio. Allí donde el silencio de nuestra sociedad ante el caos inminente que se vive, se inician urgencias subjetivas.

CAPÍTULO 3

Abordaje clínico del duelo, estrategias terapéuticas aplicadas desde el psicoanálisis

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

El duelo pesaroso, la reacción frente a la pérdida de una persona amada, contiene idéntico talante dolido, la pérdida del interés por el mundo exterior — en todo lo que no recuerde al muerto—, la pérdida de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor —en remplazo, se diría, del llorado—, el extrañamiento respecto de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del muerto. Fácilmente se comprende que esta, inhibición y este angostamiento del yo expresan una entrega incondicional al duelo que nada deja para otros propósitos y otros intereses. (Freud, 1917, p. 242)

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

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

La importancia de esta acotación incide en la pérdida que el sujeto da cuenta en sí mismo, lo que lleva inevitablemente a pensar en la castración. Se puede decir que un sujeto está expuesto constantemente a pérdidas, pues no se trata de la muerte misma,

aunque sí, sino también de relaciones terminadas, de etapas en la vida no recuperables por los años, del crecimiento de los hijos, de un trabajo, de la salud, de una mudanza. El sujeto es susceptible a las pérdidas en la realidad, y estas afectan en tanto le remiten a su propia falta, a su propia castración. Pero, como dice Freud, el sujeto no está al tanto de lo que se perdió en él, y entonces es susceptible de volcar todos los afectos sobre el objeto que aparentemente se ha perdido.

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

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

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

y las emociones correspondientes, sino de nombrarlo y reconocer que está en juego algo más allá de la búsqueda de un alivio (pp. 139-140).

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

Lo singular de los espacios de escucha y palabra

El psicoanálisis dentro de la propuesta propia de su dispositivo se basa en la escucha activa y la palabra como recursos para permitir alojar al sujeto en una posición para enfrentar el vacío, frente un desborde o ruptura con lo simbólico y lo real. Por lo tanto, hay que analizar las otras perspectivas que se plantean en torno a la escucha y la palabra. Hay una especie de metamorfosis entre estos recursos que se apunta brindarle al sujeto, tales como el silencio, que juega como contrario pero alterno ante la escucha; o bien, el grito como alternativo ante lo que no se puede simbolizar en palabras. Según menciona Prado, L. (2014) “...a partir de la escucha lo que se busca es calcular en qué momento ocurre la ruptura del sujeto con la cadena significante, es decir ubicar en el discurso o en el silencio del paciente el origen de su crisis...” (p.18)

Es preciso hacer énfasis en lo que implica esta carencia o ruptura del sujeto con el registro simbólico, puesto que, se habla también de la ausencia de una demanda, propio de sentirse atravesado por ese vacío, en la ausencia de palabras, un llamado o una solicitud, se debe apuntar a la capacidad de desear; sin embargo, es casi imposible eso, por lo tanto, se vuelve imperativo el uso del cuerpo como puente hacia la realidad. El uso de este tipo de recursos es la única ruta hacia el registro simbólico.

...el sujeto de la urgencia no puede resistir la violencia de la presencia de lo real desbordándose, anulando así su dimensión de sujeto, produciendo un

llamado a la intervención como se mencionó anteriormente (citando a Freud), una intervención específica del analista, que apunte a la emergencia del sujeto en tanto recupere su ligadura a los recursos simbólicos. (Prado, L. 2014, p. 29)

Asimismo, este encuentro frente a un vacío de significantes tiene su repercusión en la cadena de significantes. Lo cual pone en relevancia la urgencia del paciente, buscando que el profesional pueda alojarlo o devolverle algún tipo de significante por medio de la palabra o la escucha, o bien, otro recurso que le permita emerger de la nada. “el analista es aquel que apoya la demanda, no como suele decirse para frustra al sujeto, sino para que reaparezcan los significantes en que su frustración está retenida” (Lacan, 1996).

Por otro lado, hay que considerar al sujeto, que, en su calidad de paciente carece de la escucha de los profesionales que lo atienden, pero que no dejan de existir, e invaden su cuerpo como parte del abordaje médico, exámenes, tratamientos y seguimientos. Es ahí en donde, hay que ver más allá de la cura como solo a la praxis médica de los exámenes o de los fármacos, sino desde lo mental.

Actualmente se define el placebo y el efecto placebo como “una sustancia o procedimiento que no tiene poder inherente para producir un efecto que es buscado o esperado. Por su parte, el efecto placebo es definido como un efecto psicológico o fisiológico, en un humano u otro animal, que es atribuible al hecho de recibir una sustancia o estar bajo un procedimiento determinado, no siendo dicho efecto adjudicable al poder inherente de la sustancia o procedimiento” (Otero, Y, Munive, J y Ayala, E, 2011. p. 113).

Atención flotante

Esta definición que para Freud (2008) menciona: “no intentar retener especialmente nada y acogerlo todo.” (Freud, 2008, p.1654). Es esto lo que se debe apuntar en el trabajo con los pacientes y familiares que se encuentran atravesando dx de enfermedades catastróficas. Del mismo modo, menciona Freud (2008):

La norma de la conducta del médico podría formularse como sigue: Debe evitar toda influencia consciente sobre su facultad retentiva y abandonarse por

completo a su memoria inconsciente. O en términos puramente técnicos: Debe escuchar al sujeto sin preocuparse de si retiene o no sus palabras. (p.1655)

Como se mencionó anteriormente, la atención flotante es la técnica que provee el psicoanálisis para lograr una escucha activa, sin interrupciones. Brodsky (2002) menciona un punto crucial en el abordaje con pacientes y su entorno: “permite que cuando el analizante emite un pensamiento nosotros podemos tener otro muy diferente. Es una feliz casualidad de la que brota un relámpago. Y justamente es ahí que puede producirse la interpretación”.

Asimismo, Brodsky (2002) citando a Lacan menciona:

Es decir, que debido a que tenemos una atención flotante oímos lo que el analizante ha dicho. Lo oímos a veces simplemente debido a una especie de equívoco, es decir, de una equivalencia material. Nos percatamos, porque lo padecemos, de que lo que ha dicho podría ser oído completamente al revés. Y es justamente al oírlo todo al revés que le permitimos advertir de dónde emergen sus pensamientos, su semiótica pura. Ella no emerge de otra cosa que de la existencia de la lengua. La lengua existe, existe en otra parte que en lo que él cree que es su mundo.

Si bien se considera a la atención flotante como la técnica que nos permite no caer en el discurso del sujeto, hay que ver más allá, puesto que, no se puede evitar el juego del icc en estos abordajes. Es así como, desde lo que plantea Lacan hay que buscar que en donde existe cierta resonancia en el analista o el profesional, entorno a lo que refiere en su discurso el paciente, se canalice en una interpretación.

El rol del psicólogo clínico en el ambiente hospitalario

En el campo de la psicología clínica hay que comprender en qué se basa el abordaje o intervención que se realizan con los pacientes. Por un lado, comprender el síntoma o la enfermedad que lo aqueja o lleva al paciente a esta primera instancia, en la cual, acude por orientación o ayuda. En esta instancia, es muy precario poder definir algún tipo enfermedad, trastorno o alteración a nivel psicológico, por eso es importante definir la importancia del correcto abordaje y realización del plan psicoterapéutico. Asimismo, según menciona Roca (2002): “las funciones de prevención y promoción

apelan al potencial activo y autorregulador de las personas para hacerse responsables de su propio bienestar” (p.48). Por lo tanto, hay que trabajar desde lo preventivo y poder promover desde la importancia de la salud mental, el bienestar subjetivo, sin ir más allá de lo que conlleva la ética del psicólogo. Es así como, Roca, M (2002) en el enfoque de prevención y promoción en el rol del psicólogo clínico dirá lo siguiente:

Tienen que ver no solo con el cambio de concepción de un modelo de lo patológico a un modelo salutogénico, sino que se vincula con el cambio desde un modelo de la salud mental hacia un modelo de la salud en general (p.50)

Desde un ejemplo práctico, una enfermedad catastrófica como lo es el dx de cualquier tipo de cáncer, posiciona al paciente, su círculo familiar y social, en un impacto que va más allá de lo que incluso podrían explicar, por lo compleja de la enfermedad. “La psicología no es idealista por estudiar al ser humano, sino que el idealismo o el materialismo de la psicología dependen de cómo se estudian los seres humanos y de qué es lo que se hace con ese estudio” (Bleger, 2009, p.255)

En épocas anteriores, el trabajo del psicólogo clínico estuvo ligado a lo que remitía la atención de un médico general, es decir, netamente a la medicina. Por lo tanto, desde varios puntos abordados en los profesionales de dicha área, psicólogos y psiquiatras, se pudo ver la importancia y la necesidad complementaria en muchos casos, la misma que también permitió establecer una diferencia de ambos campos de salud, profesionales opuestos en funciones, pero complementarios en abordajes. Bajo este contexto, se pudo empoderar el rol del psicólogo clínico permitiéndole salir de la sombra del campo que le dio la medicina y las etiquetas con las que lo definían. Por lo cual, es importante realzar la función que se ejerce:

Ser psicólogo es ejercer el oficio de la psicología. Con esto queremos significar, entre otras cosas, que no se es psicólogo con la información teórica o la versación bibliográfica, sino con la aplicación del conocimiento a una tarea, a su vez enriquece, confirma o rectifica el conocimiento. (p.259)

Asimismo, los psicólogos clínicos continuaron el abordaje de urgencias subjetivas, pero desde lo subjetivo que implicaba el impacto de la enfermedad, y no desde lo que implicaba la enfermedad. Las funciones de prevención y promoción apelan al potencial activo y auto regulador de las personas para hacerse responsables

de su propio bienestar” (Perara, 2002, pág. 48). También, hace referencia de lo que se mencionaba previamente entorno a los planes psicoterapéuticos establecidos, que funcionan como agentes de prevención y en ocasiones, de promoción, ante el impacto del círculo cercano.

Perara (2016) afirma que:

Las funciones de prevención y promoción tiene que ver no sólo con el cambio de concepción de un modelo de lo patológico a un modelo salutogénico, sino que se vincula con el cambio desde un modelo de salud mental hacia un modelo de la salud en general que dio paso, con mucha fuerza, a la emergencia de la Psicología de la Salud, la cual está comprometida en su quehacer con todos los factores psicológicos y sociales presentes en el proceso salud-enfermedad, reconocidos por el modelo biomédico de manera creciente. (p. 50)

Del mismo modo, hay que tomar en cuenta lo que se estable para los cuidados en promoción de salud: “Mientras mejores hábitos de salud las personas practiquen, menos enfermedades tendrán, mejor se sentirán y menos discapacitados estarán” (Taylor, 1995, p. 65)

El dispositivo psicoanalítico como método de intervención

En el campo de la psicología, el enfoque psicoanalítico ha traído varias metodologías con la finalidad de buscar la cura por medio de su introducción y hallazgos en el inconsciente del sujeto. Por lo tanto, hay que tomar en cuenta lo que propone en sus conceptos, tales como el síntoma, el cual sirve como brújula en la búsqueda de la cura del paciente. No obstante, es importante los demás conceptos que giran en torno a lo que propone el psicoanálisis, como lo es el malestar del síntoma y sus significantes.

Por lo tanto, es fundamental el abordaje desde lo singular en cada paciente que llega, identificar la demanda, acoger su síntoma e ir localizando las coordenadas de aquello que permita hacer una significación en lo que se manifiesta inconscientemente, por medio de, frases, sueños, bromas, vivencias y otros. Esto es lo que permitirá más adelante, movilizar al sujeto desde la comodidad de su síntoma y cómo en efecto ocasionará la revelación del mismo, y a la vez, el descubrimiento de esta cadena de

significantes. Berenguer, E. (2008) dice que “En el caso por caso, hemos dilucidado la tensión entre la demanda de una orientación que se rige al terapeuta y la particular forma de no respuesta (... una respuesta distinta a la esperada) que es lo propio del psicoanálisis.” (p. 237).

Por un lado, hay que establecer que lo que el psicoanálisis propone en la práctica de su dispositivo no tiene un modelo a seguir, justamente por el trabajo desde lo singular en cada paciente. Sin embargo, estas vivencias en la clínica han permitido que desde sus postulados sirvan como guía en la clínica, en la búsqueda de la cura. Berenguer, E. (2008, p. 238) menciona que: “... la clínica del psicoanálisis es una clínica creacionista, que se opone a toda idea de tradición, entendida esta, no en una perspectiva histórica, sino desde el punto de vista de la estructura.” Si bien no se parte desde modelos, existe esta guía basada en las teorizaciones de distintos casos, que bien son variados pero alineados en aspectos fundamentales, cuya comprensión es el eje crucial de los postulados de este enfoque.

Peses (2016) menciona que: “Inmersos en una sociedad que inventa permanentemente deseos improductivos para la economía psíquica; la angustia, la ansiedad, la depresión, la abulia y la desregulación pulsional parecieran instalarse como patologías del presente.” (p.63)

Del mismo modo, tomando la realidad de la actual sociedad, se puede evidenciar que en las nuevas formas en el que síntoma se forma, es inminente su efecto en lo corpóreo. “El síntoma surge de la marca que excava la palabra cuando adquiere el giro del decir y produce acontecimiento en el cuerpo.” (Miller, J, 2007). Esto se evidencia en el síntoma representado en lo más precario de la somatización. La angustia en escenarios o pasajes al acto, en la obesidad, en la anorexia o bulimia; todos a nivel corpóreo.

Es así como, desde las patologías que se puedan presentar, hay que comprender el uso de los mecanismos de defensas que utiliza para sostener, para poder ver así, que es lo que hay en cuanto a su deseo y cómo desde sus síntomas, poder trabajar. Se debe revisar, desde el contexto contemporáneo, los modos de sufrimiento psíquico nos permitirán, reinventándonos una vez más, mejorar nuestra intervención terapéutica. (Peses, S. 2016. p. 63). Es así como, frente a una sociedad obsoleta en cuanto a lo que

implica verdaderamente la salud mental, solo responde ante lo inminente del apoyo o intervención en las urgencias subjetivas; y, aun así, en ocasiones, se desprovee de esto por el desconocimiento social.

CAPÍTULO 4

Metodología

Enfoque

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)

Este enfoque permitió profundizar la comprensión de la realidad, obteniendo un significado y un sentido frente a los pacientes con enfermedades catastróficas hospitalizados. Para conseguir esta finalidad, se ha empleado en la investigación la revisión y análisis bibliográfico, investigación documental, y entrevistas semiestructuradas.

Paradigma/Modelo

El paradigma o modelo elegido fue el interpretativo-hermenéutico, el cual se aborda en un enfoque cualitativo, lo que permite una correcta obtención de información. Rivera (2010) sostiene que: “no concibe la medición de la realidad, sino su percepción e interpretación, y lo hace como una realidad cambiante, dinámica, dialéctica, que lleva en sí sus propias contradicciones” (p. 6).

Método

La presente investigación se basó en un método analítico. Según menciona Bernal (2006): “el porqué de las cosas, los hechos, los fenómenos o las situaciones” (p. 115). Esto permitió definir las distintas variables a considerar para el levantamiento de información por medio de los instrumentos establecidos.

Por medio de este tipo de investigación, se recogió información fundamental que permitió una correcta elaboración de este proyecto de investigación, lo cual

permitió tener más percepciones de lo que implica la hospitalización de pacientes con enfermedades catastróficas y la realidad que hay entre el requerimiento de trabajar desde la posición del paciente como sujeto y no como objeto.

Técnicas de recolección de información

Lo que definimos como técnicas de recolección de información, permitirá recoger los diversos datos fundamentales para la elaboración de la investigación desde los objetivos planteados a obtener. Estas técnicas se basarán desde el enfoque cualitativo, mediante herramientas como: entrevistas semiestructuradas, que se llevó a cabo a profesionales de la salud mental que trabajan en instituciones hospitalarias con pacientes que padecen enfermedades catastróficas. Asimismo, como menciona Canales (2006) “la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto” (p. 163).

Instrumentos

Revisión bibliográfica

La revisión de la literatura implica detectar, consultar y obtener la bibliografía (referencias) y materiales útiles para el estudio, de donde se debe extraer y recopilar la información relevante y necesaria para enmarcar nuestro problema de investigación (Hernández, 2014, p. 61). Para definir la relevancia de la diversa información encontrada, se tuvo que hacer la revisión bibliográfica para poder establecer los autores, fuentes y textos necesarios para obtener información verídica y fundamental, para la investigación realizada. Con el uso de esta herramienta, se definieron más puntos cruciales y necesarios para ampliar el proceso investigativo definido.

Entrevistas semiestructuradas

En 2014, Hernández argumenta que: “las entrevistas semi estructuradas 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).

Por lo tanto, al comprender que las entrevistas semi estructuradas se basan desde el diálogo que se sostiene bajo una tónica concreta entre dos personas; será el entrevistador que por medio de las interrogantes y sus respectivas respuestas logrará concretar lo establecido en su investigación. En nuestra investigación, se utilizó entrevistas dirigidas a profesionales que laboran en hospitales que abordan pacientes adultos que padecen enfermedades catastróficas o han sido hospitalizados por las mismas.

Población

La población con la que se trabajó se basó en: profesionales que abordan casos de enfermedades catastróficas en hospitales; pacientes adultos que padecen algún tipo de enfermedad catastrófica en hospitales y sus respectivos familiares. “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).

Asimismo, dentro de nuestra metodología, se estableció el uso de instrumentos que permitan obtener información relevante para el abordaje de los duelos en pacientes que padecen enfermedades catastróficas en hospitales, se basó en su círculo tanto médico como familiar, en un hospital público de la ciudad de Guayaquil; por lo tanto, se usaron instrumentos de tipo cualitativos como: análisis bibliográfico y entrevistas. Considerando que:

Como vimos, en los estudios cualitativos el tamaño de muestra no es importante desde una perspectiva probabilística, pues el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia. Lo que se busca en la indagación cualitativa es profundidad. Nos conciernen casos o unidades (participantes, organizaciones, manifestaciones humanas, eventos, animales, hechos, etc.) que nos ayuden a entender el fenómeno de estudio y a responder a las preguntas de investigación. (Hernández, R. 2014, p. 384).

CAPÍTULO 5

Presentación y análisis de resultados

Respecto al análisis bibliográfico realizado en los capítulos previos se ha podido definir por medio de la recolección de información aplicada, entrevistas semiestructuradas, a profesionales con experticia en el trabajo hospitalario con pacientes que padecen enfermedades catastróficas, la definición de variables que puedan constatar la problemática planteada en esta investigación.

Se realizó las entrevistas semiestructuradas a seis profesionales que actualmente ejercen en hospitales públicos, que, además, tienen experticia en el abordaje con pacientes diagnosticados con algún tipo de enfermedad catastrófica. Cada entrevista contó con un aproximado de 15 preguntas, con 10 macro y 5 complementarias en ciertas preguntas, que permitieron contrastar la realidad de lo planteado en la investigación, como, la precariedad cultural, económica y social; el efecto del discurso institucional, e incluso el del Estado.

Se han clasificado en tablas según las variables con más relevancia de este proyecto de investigación, siendo estas: recursos simbólicos débiles, desconocimiento generalizado y resistencias en torno a lo psicológico, ausencia de espacio de escucha clínica e intervenciones desde una corriente psicológica. También se quiere mantener el anonimato de los profesionales por lo que han sido codificados como P1, P2, P3, P4, P5 y P6; al finalizar las tablas se realizó un análisis donde se tomó en cuenta todos los datos recolectados en las entrevistas realizadas.

Análisis de entrevistas realizadas a profesionales del ámbito hospitalario con experticia en el abordaje de pacientes con diagnósticos de enfermedades catastróficas

Tabla 1. Resultados de las entrevistas; recursos simbólicos débiles.

Variable: Recursos simbólicos débiles					
1.- ¿Desde su experiencia qué podría considerarse como recursos simbólicos de lado del paciente para significar un dx de enfermedad catastrófica? ¿cuáles son los más frecuentes y cuál de estos podría resultar problemático?					
P1	P2	P3	P4	P5	P6
Los conocimientos previos al diagnóstico y la explicación del médico. Los más frecuentes son ciertas frases o recursos y estos pueden terminar generando una victimización en el paciente.	La fe que tiene el paciente esto le sostiene, grupos de apoyo, los más frecuentes son la familia, creencias religiosas y el amor. Las creencias religiosas podrían ser problemáticas ya que existen ocasiones que ponen la fe antes que lo científico dificultando el tratamiento del paciente.	La mayoría de los pacientes tienen una idea errónea de su diagnóstico, sumando a esto la falta de recursos públicos propios. Los más repetitivos son los mismos del vecino o de la propia familia. Sí, hay algunos que pueden resultar problemáticos, hay ideologías que no permiten tratar enfermedades con la rapidez que amerita.	Pueden ser las creencias, los mitos, la información que está al alcance de la tecnología, la referencia a los otros, pareja, padres o profesionales de confianza. Los recursos no son soluciones, son elementos que se pueden hacer uso de imaginario o simbólico, lo cual no significa que va a ser problemático, significa que se le va a dar un uso y una función, no está mal el recurso, sino el uso que se le da.	Los que más se observa en pacientes con este tipo de dx son creencias religiosas Creencia o mitos Habría que ver el anudamiento del recurso, es decir la respuesta que se anuda ante lo desconocido de la muerte por lo catastrófico de la enfermedad	Dependiendo del caso, van a existir recursos que responden desde lo simbólico frente a un dx. Los que más se evidencian son los de carácter religioso, médico y familiar. Los religiosos en el caso del fanatismo obstaculizan procesos de cura o prevención.

Síntesis:	Se evidencia que hay una relevancia en el diagnóstico y su abordaje. También, de sus efectos en aspectos sociales, culturales y en lo familiar. Los más frecuentes son los aspectos familiares, culturales, sociales y las creencias religiosas. Se concluye que, en gran parte, el problema inicia desde el discurso y el contexto sociocultural, también notamos que en general los profesionales coinciden en que las creencias religiosas en ciertos casos podrían resultar un recurso simbólico problemático.				
2.- ¿A qué cree usted que se deba que haya pacientes que no tengan recursos simbólicos suficientes para poder sostenerse ante este tipo de Dx?					
El no entender lo que está pasando con él, sentirse no escuchado, tiene miedos y temores, pero no hay un sujeto de conocimiento adecuado que le explique el cuadro clínico en conjunto a situaciones familiares.	Existen factores que nos diferencian a todos como la cultura, experiencias personales, traumas, que son los que nos hacen diferente, por lo que el desarrollo del ser en tanto a los recursos simbólicos es diferente.	Esto se debe a los propios recursos culturales de no saber acerca de ciertas enfermedades. Por ejemplo, al hablar sobre el cáncer, se asocia a la muerte, pero en muchos casos este es sobrellevado. Es el desconocimiento cultural de ciertas enfermedades	No creo que sea elementos de estancia de hospitales, sino más bien apunta las educaciones económicas. Otro son las estructuras de esta gente, o sea, cómo está posicionada a nivel subjetivo.	Quizás el tiempo necesario para un trabajo terapéutico con el cual se logra anudar y que emergen nuevos significantes.	Por un lado, el desconocimiento como consecuencia de la falta de empatía del médico, ya que ellos deben explicar detalladamente en qué consiste. Del mismo modo, está la resistencia o negación como respuesta ante el real de la muerte.
Síntesis:	Se evidencia como todo parte desde el sujeto y su relación al dx. Por un lado, los miedos y traumas que se pueden aflorar. También, en el contexto sociocultural y su desconocimiento.				
3.- ¿Considera que el trabajo interdisciplinario podría ser un recurso simbólico para la institución al momento de abordar a pacientes con diagnóstico de enfermedad catastrófica?					
Si, porque así los hospitales tendrían una mejor intervención más	Puede ser desde el trabajo interno del equipo del trabajo	Sería lo más pertinente, pero es complicado porque se tendría que contratar	Si, yo creo que el trabajo interdisciplinario sí nutre mucho, el salir	Puede serlo desde el trabajo interno del equipo del trabajo	Por supuesto, toda enfermedad requiere del apoyo de las otras

completa e integral. De manera que el paciente logre tramitar de mejor manera el dx.	hasta cómo este mismo equipo interactúa con el paciente.	a más personal de psicología clínica para cada área, y no solamente uno por área, eso representa costo, organización, y los números no dan para hacer todo eso. Sí considero, pero no hay dinero.	de ciertas representaciones que son más del orden de lo imaginario.	hasta cómo este mismo equipo interactúa con el paciente.	áreas, sobre todo de la psicológica.
Síntesis:	Todos los profesionales coinciden en que el trabajo interdisciplinario podría ser un buen recurso desde lo institucional, pero también se rescata lo complicado que es esto para una institución pública, ya que representaría costos adicionales.				

Tabla 2. Resultados de las entrevistas; desconocimiento generalizado y resistencias en torno a lo psicológico.

Variable: Desconocimiento generalizado y resistencias en torno a lo psicológico					
4.- ¿Considera usted que el desconocimiento del rol de psicólogo clínico en el abordaje/acompañamiento de este tipo de diagnósticos generalmente proviene desde el área médica o desde el paciente y sus familiares?					
P1	P2	P3	P4	P5	P6
En muchos casos puede llegar a provenir de ambas partes, a veces son los familiares, otros los pacientes, o médicos y en ocasiones más complejas todos.	De ambas, por eso es importante la psicoeducación a médicos, familiares y pacientes respecto a la importancia de la salud mental.	Por supuesto que todos, nadie se salva así de simple.	No creo que provenga necesariamente de ninguno de los dos, es más el problema de que hay especialidades que no tienen la misma función.	A mi parecer ese desconocimiento viene desde la cultura misma de la sociedad, donde se desarrollan nuestros primogénitos y nos transmiten esos conocimientos.	Generalmente, proviene de los pacientes y su círculo. No obstante, existen muchos casos en que la parte médica también influye.
Síntesis:	Según las respuestas de los psicólogos entrevistados, se refleja que hay desconocimiento por parte de todos. Generalmente por parte del paciente y su círculo social.				

5.- ¿Al momento de hacer una interconsulta a psicología, qué resistencias mayormente se presentan por parte del paciente o la familia?

<p>Ideas preconcebidas sobre el trabajo del psicólogo, que pueden ser por el mito de que, se atiende a los locos o de expectativas irreales en relación a lo que se espera trabajar con el paciente.</p>	<p>En ocasiones, la familia prefiere que el paciente no se entere de su diagnóstico y no lo labore desde la parte psicológica, viéndolo como una pérdida de tiempo. El paciente según su flexibilidad sobre la salud mental suele poner barreras.</p>	<p>Creer que están "locos" es lo típico. Son estereotipos</p>	<p>El desconocimiento, porque muchas veces el médico que genera la interconsulta no ha comunicado las razones por las que pide la valoración, eso hace que el paciente o los familiares muestren cierta resistencia o temor a ser valorado o evaluado.</p>	<p>Muchas veces es debido a la falta de comunicación por parte del personal médico, no se comunica de esta interconsulta y reaccionan de manera defensiva.</p>	<p>Ante el desconocimiento de un acompañamiento psicológico, nos enfrentamos a pacientes que no siguen correctamente un plan psicoterapéutico o no asisten; también, familiares que desde su ignorancia obstaculizan el proceso.</p>
<p>Síntesis:</p>	<p>En la mayoría de los casos la resistencia proviene del paciente; sin embargo, tampoco se exime el efecto de la familia. Estas resistencias suelen ser por el desconocimiento sobre los motivos por los cuales el médico envía interconsulta y en la mayoría de los casos por los estereotipos.</p>				

6.- ¿Qué resistencias presentan los pacientes que obstaculizan su proceso de duelo durante la hospitalización?

<p>No tener un conocimiento sobre el trabajo del psicólogo dentro del equipo de trabajo, siendo motivo de no querer hablar o que el paciente no muestre interés en su salud mental ni como</p>	<p>La aceptación al diagnóstico, negarse y culparse impide al paciente tener una mejor calidad de vida, perdería la esperanza a la enfermedad.</p>	<p>No volver a ser aptos, si hablamos de pérdida, del por qué resisten, es a resistirse a vivir actualmente, de eso que no tenemos ahora, eso básicamente.</p>	<p>El mismo proceso de estancia porque genera como un falso sentido de estar por fuera de la escena, donde el entorno hospitalario da dos efectos, el miedo y</p>	<p>El ambiente hospitalario es fundamental. No solamente con el hecho de estar en un hospital, sino también por las situaciones vividas a su alrededor, en ocasiones</p>	<p>Existen varios factores, pero el que predomina es la ignorancia ante la enfermedad. La ignorancia deja suelto muchos imaginarios en torno a lo incierto de la muerte. Esta</p>
--	--	--	---	--	---

se ve afectada por lo que está viviendo.			generación de efectos secundarios.	presencian la muerte de un compañero de sala.	ignorancia que desencadena proviene del efecto social, cultural, etc.
Síntesis:	En una gran mayoría se evidencia el desconocimiento médico que hay en torno a la enfermedad y sus posibles tratamientos. También, la vivencia de experiencias similares de un círculo cercano.				
7.- ¿Frente al requerimiento del médico de una interconsulta con psicología existen pacientes que priman su salud física frente a la mental no dándole importancia al proceso psicoterapéutico?					
Si, en muchos momentos los pacientes afirman “no entiendo porque me enviaron al psicólogo”, porque consideran que no le está afectando emocionalmente el proceso de diagnóstico o tratamiento dado.	Sí, en la actualidad hay falsas creencias como decir “quien va al psicólogo es porque está loco” o el no querer enfrentar sus problemáticas. Pero, quienes se involucran en los procesos psicoterapéuticos ven la importancia y mejoría en su tratamiento.	La mayoría prima la salud física, es algo cultural y nacional, ya que la salud mental todavía no está totalmente bien vista, no saben que es necesaria. Otros continentes lo ven como una prioridad, pero aquí todavía no estamos en eso.	Sí puede pasar, puede ser porque no le dan importancia o es más como un sentido de supervivencia. Como si el paciente buscará primero comprender lo que está pasando a nivel del cuerpo, porque igual es una vivencia bastante azarosa	Es usual evidenciar esto, pero varía de cada paciente y según su dx. Muchas veces priman sus preocupaciones externas porque son el soporte económico de una familia.	En muchos casos, esta es la realidad.
Síntesis:	Hay una coincidencia en que los pacientes priman su salud física frente a la mental. Asimismo, ante la ignorancia de la necesidad vital de un acompañamiento psicológico; también, frente a estigmas sociales.				
8.- ¿Desde su experiencia considera usted que los médicos ubican la importancia de involucrar al psicólogo clínico en el trabajo con pacientes que han recibido el diagnóstico de una enfermedad catastrófica?					

Depende del especialista, hay médicos que sí entienden la importancia dado al conocimiento teórico o su experiencia en la atención de pacientes, mientras que otros no consideran que sea necesario.	Sí, un profesional con ética reconoce la importancia del psicólogo en el acompañamiento y sostenimiento del diagnóstico.	No sé porque no conozco a todos los médicos y no conozco cómo ellos se ponen en sus consultas, pero creería yo que 50 y 50, hay muchas que sí pueden ubicar la importancia en eso y otros no.	En estas casas de salud sí, porque las áreas que en mayor tendencia tienen ese grupo poblacional son áreas que ya trabajan multidisciplinariamente, entonces las áreas más delicadas ya tienen equipos de trabajo.	Dentro de mi institución, sí. Tengo buena relación con ciertos médicos de ciertas áreas que suelen hacer Interconsultas con sus pacientes por algún dx catastrófico o que ellos consideran que necesitan la atención psicológica.	Actualmente, ha incrementado la demanda del apoyo psicológico por otras áreas frente al dx de una enfermedad catastrófica. No obstante, no están capacitados correctamente en lo que implica el apoyo del profesional del área de psicología.
Síntesis:	Actualmente, ha incrementado la demanda del apoyo psicológico por otras áreas frente al dx de una enfermedad catastrófica. No obstante, no están capacitados correctamente en lo que implica el apoyo del profesional del área de psicología.				

Tabla 3. Resultados de las entrevistas; ausencia de espacio de escucha clínica.

Variable: Ausencia de espacio de escucha clínica					
9.- ¿Una vez que interviene el psicólogo cuáles son las trabas que hay por parte de los protocolos hospitalarios para el ejercicio de su intervención?					
P1	P2	P3	P4	P5	P6
El tiempo de atención que imponen ciertas instituciones, los espacios para atender, que en ocasiones no son adecuados o no existen, el que no exista protocolo o valoración del trabajo del psicólogo y falta	La falta de importancia y de personal de salud mental, como en situaciones de amputación de extremidades donde el médico no siempre refiere a un psicólogo para acompañar al	La cantidad de pacientes, a veces no hay pacientes que atender está vacío, pero otras veces hay una abundancia de pacientes y hay poco personal. Pero tampoco hay	En resumen, sería la cantidad poblacional y el tiempo que se puede dedicar a cada uno de ellos. Porque la estructura de las actividades está hecha para ser muy disfuncional. O sea, hacen muchas cosas	El tiempo es lo que más limita en el día a día dentro de un hospital, al menos en este por la sobrepoblación y la ausencia de psicólogos. Se vuelve muy rígido el tiempo. El exceso de	La objetivación, se objetiviza al paciente y desde lo psicoanalítico se logra dar una escucha y lugar de sujeto, se vuelve a poner en un lugar de objeto. En el caso de hospitales públicos, surge la

de conocimiento de su propia función.	paciente en el proceso. Por otro lado, el ambiente resulta incómodo para realizar intervenciones sin que otros interrumpan.	presupuesto para tener más personal	en un tiempo específico. Y el problema es que la atención de pacientes tiene un tiempo variable.	población muchas veces influye en el proceso terapéutico que se está llevando.	demanda de cumplir con un estatuto más no con la salud.
Síntesis: Los límites que hay se relacionan a la alta demanda de pacientes y el factor del tiempo que se juega en contra. También la falta de personal que existe para poder atender la mayor cantidad de pacientes en tiempos limitados.					
10.- ¿Cuáles serían las deficiencias del sistema hospitalario frente a pacientes con enfermedades catastróficas que obstaculizan un correcto proceso terapéutico?					
Los he mencionado anteriormente, dado que la falta de un protocolo y de limitaciones adecuadas del trabajo son problemáticas que complican la atención del paciente, los tiempos limitados, la ausencia o escasez de personal.	Espacios adecuados, demanda de pacientes, regularidad de la atención médica.	Muchos pacientes y poco personal y también se le podría agregar la dificultad que tienen los médicos para ser un poco más humanos. Recordemos que no todos van a necesitar un acompañamiento psicológico.	Tener espacios habilitados para mejorar la atención. Por ejemplo, en las habitaciones hay que atender bajo el contexto que haya. Siendo así lo más difícil, el crear espacios verdaderos, equipados para atender.	La adecuación de un ambiente, hay habitaciones sin A/C, no hay privacidad, existen interrupciones por parte de enfermeros, esto se ve cuando toca visitar a los pacientes en sus áreas. En consulta externa es la obtención de los turnos para citas	La ignorancia, la falta de presupuesto, rutas hospitalarias, entre otros.
Síntesis:	Se evidencia en una gran mayoría que las deficiencias que hay en el abordaje se relacionan en la escasez de espacios para la correcta atención. También, las rutas hospitalarias y el poco personal de salud mental en comparación a la demanda de pacientes hospitalizados.				

11.- ¿Desde su experiencia las dificultades que presenta el paciente en un proceso de duelo se pueden disminuir con una oportuna intervención desde un espacio de escucha clínica desde el inicio del diagnóstico?					
Depende, no todos los casos son iguales. Mayormente, una pronta atención es beneficiosa, pero en otros no hay cambio significativo, que puede ser por una mala transferencia o la poca importancia por parte del paciente.	Desde que el paciente acepta el tratamiento es una ventaja, ya que le interesa trabajar aquello que aqueja y duele. Es por eso que es importante que el paciente acuda por su propia motivación y no como obligación.	Creería que sí, pero viene desde la manera en cómo el médico dice el diagnóstico.	En resumen, sería la cantidad poblacional y el tiempo que se puede dedicar a cada uno de ellos.	Creería que no, porque cuando se trate antes un duelo no quiere decir que disminuya su dolor o malestar.	Totalmente, en casi la mayoría de los casos, una oportuna intervención hace que el duelo sea más llevadero y sin mayores resistencias.
Síntesis:	Se evidencia que la mayoría de las dificultades que se presentan giran en torno al tiempo, el malestar y sobre todo la intervención.				

Tabla 4. Resultados de las entrevistas; intervenciones desde una corriente psicológica.

Variable: Intervenciones desde una corriente psicológica					
12.- ¿Cómo profesional de la salud inmerso en el trabajo hospitalario desde qué orientación psicológica usted trabaja?					
P1	P2	P3	P4	P5	P6
Psicodinámica	Psicodinámica	Yo trabajo desde la orientación psicoanalítica	Yo trabajo desde el psicoanálisis, no nos piden una orientación específica	No tenemos una orientación específica a seguir, en mi caso trabajo con la psicoanalítica	Desde el enfoque psicodinámico
Síntesis:	La mitad de los profesionales trabaja con la orientación psicodinámica y la otra mitad con el psicoanálisis.				

13.- ¿Cómo se puede alojar el dispositivo psicoanalítico más allá de la escucha y la palabra en procesos hospitalarios que pretenden objetivar al paciente?

<p>Saber que todo paciente es un caso diferente, donde se generan mecanismos conscientes e inconscientes diferentes y que el trabajo debe ser desde la subjetividad del sujeto que adolece que tiene una queja.</p>	<p>Aplicando estrategias más adaptables a las instituciones hospitalarias, psicoterapia breve, grupos mono-sintomáticos.</p>	<p>Yo creería que en lo cognitivo conductual porque se tiene un tiempo estimado, de los conductistas y cognitivistas, es un poco similar a la medicina, también tiene un tiempo estimado, pero, no se puede poner un tiempo cronológico al inconsciente.</p>	<p>Yo creo que se trata de crear, hacer y producir espacios, se puede hacer un intento de psicoanálisis aplicado y determinar ciertos espacios, y pacientes para la aplicación o creación de, por ejemplo, elementos que tienen que ver con la ética del psicoanálisis.</p>	<p>Psicodinámica o cognitivo conductual, dependerá del dx del paciente.</p>	<p>Se debe de apostar a realizar un traslado de un “no querer saber nada”, a un “querer saber algo”. Donde el psicólogo abre una brecha entre el “no hay tiempo” aún “hay todo el tiempo que usted necesite”, y que el paciente se hará responsable, comprenderá y se implicará.</p>
<p>Síntesis:</p>	<p>La mayoría de los profesionales optan por buscar más recursos desde el mismo dispositivo psicoanalítico, como el uso del cuerpo o grupos mono-sintomáticos. Mientras que, una minoría propone trabajar desde los recursos de otras corrientes psicológicas</p>				

Análisis de resultados

Dentro de las entrevistas realizadas a los seis profesionales del área de psicología que han abordado distintos casos de pacientes que han sido hospitalizados por diagnósticos de enfermedades catastróficas, se evidencian muchas trabas y dificultades.

En primer lugar, el desconocimiento y la ignorancia que hay como eje principal ante los distintos obstáculos. No obstante, también se puede evidenciar que, ante la capacidad de tener recursos simbólicos, tales como, la religión, la familia o recursos desde lo sociocultural, permiten en muchas ocasiones sostenerse; sin embargo, en los casos en los que no, que se encuentra en la nada, en una urgencia subjetiva, la puesta de los recursos simbólicos es fundamental, pero a su vez, peligroso.

Existen casos en donde la ausencia de recursos simbólicos deberá ser acogida por la palabra y la escucha activa. No obstante, en los casos que se ha presentado que no, este vacío inminente puede ser abordado desde otras herramientas. Al menos desde el psicoanálisis, el uso del cuerpo, lo cual puede ser beneficioso, pero de mucho cuidado, porque en muchos casos se ocasionan escenarios o pasajes al acto.

Por otro lado, entre los puntos que se pudieron reflejar en las preguntas, hay una predominancia entorno al desconocimiento del personal médico en el abordaje del psicólogo, ocasionando un desconocimiento en los pacientes; también, se puede comprobar que, en ocasiones, este desconocimiento proviene del paciente o de su familia, lo cual genera más resistencias. En cualquiera de los casos, todos están en un mismo contexto: el desconocimiento. Asimismo, se puede indicar que en gran parte de los casos no se cuenta con un trabajo interdisciplinario, lo que genera más resistencia, puesto que, la ausencia del rol del psicólogo, lo ubica en un papel inexistente pero elemental en estos abordajes.

Del mismo modo, se constata que lo que propone el dispositivo psicoanalítico en cuanto a los recursos simbólicos, como la palabra y la escucha activa, son esenciales para todos los profesionales, incluso de aquellos que no utilizan este tipo de corriente en sus abordajes. También, hacen referencia a cómo este discurso institucional que hay en los hospitales, es atravesado por el personal y sus pacientes, posicionándolos en un rol que busca la objetivación o priorizar el tratamiento médico ante lo esencial del

paciente, su subjetivación. Este tipo de prácticas que se genera desde el discurso institucional anulan al sujeto, en un momento en donde no suele quedar casi o nada de lo que lo anudaba, lo sostenía o mantenía.

CONCLUSIONES

Para el psicoanálisis desde lo que propone en la aplicación del dispositivo clínico entorno a los recursos simbólicos, permite que el paciente pueda encontrar nuevamente un lugar de sujeto frente a un estado de vacío y sin significación que lo vuelva a conectar a esta realidad, que, inicialmente desde lo abrumador, lo deja en la nada. Estos recursos simbólicos son propuestos por esta corriente desde la palabra y la escucha activa. No obstante, se evidencia que en donde estas herramientas permiten obtener una respuesta para el trabajo con estos casos, hay un gran desconocimiento de aquello.

De tal modo, mediante el análisis de los recursos simbólicos débiles ante lo traumático de la enfermedad, se pudo deducir que el desconocimiento generalizado en torno a lo psicológico y la ausencia de un espacio de escucha clínica en las dificultades en la elaboración de duelo en pacientes hospitalizados mediante los datos obtenidos en la investigación de campo realizada en un hospital; ha permitido dilucidar la escasez de recursos simbólicos necesarios para un proceso de duelo como resultado de problemáticas relacionadas al discurso institucional, la precariedad cultural, social y económica.

Por lo tanto, se pudo caracterizar que, dentro de la problemática abordada, más allá del desconocimiento de estas herramientas y de la importancia del abordaje de profesionales del área psicológica, en los diagnósticos de las enfermedades catastróficas, hay dificultades que nacen desde el discurso institucional, siendo este la pieza de un efecto dominó de una serie de trabas para el abordaje apropiado del paciente, desde la salud física y mental. Es así como, se evidencia que, la caracterización de los recursos simbólicos frente a lo traumático de una enfermedad catastrófica desde lo analizado en la investigación en las prácticas hospitalarias, tiene sus orígenes en el desconocimiento y la ausencia del apoyo multidisciplinario, obstaculizando un proceso de duelo acorde a la realidad del sujeto.

Asimismo, se pudo identificar cómo este desconocimiento generalizado de la importancia psicológica ha generado dificultades en los procesos de duelo, que, si bien obstaculizan el plan psicoterapéutico del psicólogo clínico; también, el efecto de la ausencia del acompañamiento psicológico repercute en el tratamiento médico que están siguiendo como prevención o cura de la enfermedad. Puesto que, al ser más que un cuerpo, se debe rescatar la importancia de lo subjetivo, ante la nada de significantes,

no se puede ir más allá de la comprensión o del entendimiento que se espera de este tipo de tratamiento.

Por último, se pudo evidenciar cómo la ausencia de estas herramientas, como el espacio de escucha clínica influye en las dificultades en la elaboración del duelo en pacientes hospitalizados. En contraste, a lo que se ha mencionado previamente, se puede concluir en cómo la no significación entorno a este real de la muerte, genera trabas en el duelo, en el tratamiento psicológico y médico; y, además, puede llevar a escenarios más fuertes, como un acting out o el pasaje al acto. No acoger al paciente que se encuentra en la nada, va en contra de toda la ética que los profesionales de la salud deben ejercer en su praxis.

- Freud, S. (1916 [1915]). “La Transitoriedad”. En Obras Completas, Bs. As., Amorrortu editores, 1914-16, XIV, 305-312
- Freud, S. (1991b/1911-1913). Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II). En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). Obras completas (Vol. XII, pp. 145-157). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
- Freud, S. (1992). ¿Pueden los legos ejercer el análisis? (1927), en: Obras Completas, vol. XX. 171-234. Buenos Aires: Amorrortu
- Herrero, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Ene, 10(2). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2016000200006&lng=es&tlng=es
- Herrero, C., Díaz, C., Cordellat, & de Oncología Médica, S. COMUNICACIÓN Y DUELO. FORMAS DEL DUELO.
- Landa V. Garcia-Garcia. (2007). Duelo (monograph on the internet). Coruña: Fistera. Gulas Clínicas. Available from: <http://www.fistera.com>
- León-López, P. (2011). El duelo, entre la falta y la pérdida. Dialnet. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4547212>
- Mannoni M. El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis. 7a ed. Buenos Aires: Siglo veintiuno argentinos editores; 1987. 251 p
- Mannoni, M. (1997). Lo nombrado y lo innombrable. La última palabra de la vida. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Márquez, & Mendoza. (2019). *Cuidado espiritual frente al duelo anticipado en madres de niños con enfermedades oncológicas. Instituto Regional De Enfermedades Neoplásicas - Sur, Arequipa 2019.* Obtenido de ENmalaml&mevesf.pdf: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10985/ENmalaml%26mevesf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Marquis, A. I. (2007). Sufrimiento y cuidados paliativos al final de la vida. Hacia una muerte digna. *Revista Argentina de Cancerología*, XXXV(2), 87
- Ministerio de Salud Pública (2012). Recuperado de: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Acuerdo%20Tipolog%C3%ADa1203.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2012). Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales MSP.
- Ministerio de salud (2012) Obtenido de: https://www.trabajo.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2015/10/ENFERMEDAD_CATASTROFICA.pdf
- Nasio, J. D.; Los más famosos casos de Psicosis; Paidós; Buenos Aires; 2001.
- Prado, R. (2014). Modos de Intervención desde el Psicoanálisis en un Servicio de Urgencias Hospitalario. *Fides et ratio*. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/pdf/rfer/v8n8/v8n8_a03.pdf
- Pecznic, A. (2012). El sujeto ante su muerte. Violencia y terminalidad terapéutica. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Perrotta, G. V. (2011). Concepciones de sujeto, cuerpo y síntoma en medicina y psicoanálisis. In III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-052/309.pdf>
- Sontag, S. (2008). La enfermedad y sus metáforas. Penguin Random House Grupo Editorial
- Ramos, C., & Mahé, L. (2012). Enfermedad, cuerpo y síntoma. Desde el jardín de Freud: revista de psicoanálisis, (12), 267-277
- Rincón, A., Reyes, C., Toro, C. E., Rivas, J. C., Pérez, Á., ... & Ocampo, A. (2006). Atención psicosocial integral en enfermedad catastrófica (Atinar). *Revista colombiana de psiquiatría*, 35, 44-71. Obtenido de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000500005

Rodríguez. (2015). *Evaluación del Riesgo de Duelo Complicado de cónyuges de enfermos fallecidos por cáncer después de recibir cuidados paliativos en Gran Canaria la Habana*. Obtenido de tesis m carmen definitiva.indd: https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/23753/4/0737514_00000_0000.pdf

Salvador, J. J. R. (2010). Comunicación clínica: cómo dar malas noticias. Centro de. Recuperado: <http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Dar-Malas-Noticias-JJ-Rodriguez-S-2010.pdf>

Tobar, F. (2010). La enfermedad como catástrofe. PAHO: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/enfermedadcomocatastrofe.pdf>.

Vega, O.M., & González, D.S.. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, (16) Recuperado en 28 de septiembre de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es&tlng=es.

Yoffe, L. (2013). Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. *Avances en psicología*, 21(2), 129-153.

ANEXOS

Entrevista #1

1. ¿Desde su experiencia qué podría considerarse como recursos simbólicos de lado del paciente para significar un diagnóstico de enfermedad catastrófico?

Los que más se observa en pacientes con este tipo de dx son creencias religiosas.

1.1 ¿Cuáles son lo que más se repiten o frecuentes?

Creencia o mitos.

1.2 ¿Habría unos que parecieran ser simbólicos y en realidad resultan ser problemáticos?

Habría que ver el anudamiento del recurso, es decir la respuesta que se anuda ante lo desconocido de la muerte por lo catastrófico de la enfermedad.

1.3 ¿Qué podría para usted definir que un recurso sea simbólico o que cause problema?

N/C

2. ¿Cuáles son las resistencias que presentan los pacientes que obstaculizan su proceso de duelo durante la hospitalización?

El ámbito hospitalario es fundamental. No solamente con el hecho de estar en un hospital, sino también por las situaciones vividas a su alrededor, en ocasiones presencian la muerte de un compañero de sala.

3. ¿A qué cree usted que se deba que haya pacientes que no tengan recursos simbólicos suficientes para poder sostenerse ante este tipo de Dx?

Quizás el tiempo necesario para un trabajo terapéutico con el cual se logra anudar y que emerjan nuevos significantes.

3.1 Se podría interrogar esto de los recursos simbólicos desde lo institucional...

Se podría; sin embargo, hay que también hacerse un espacio dentro un sistema burocrático

3.2 ¿Considera que el trabajo interdisciplinario podría ser un recurso simbólico para la institución al momento de abordar a pacientes con diagnóstico de enfermedad catastrófica?

Sí, porque así los hospitales tendrían una mejor intervención más completa e integral. De manera que el paciente logre tramitar de mejor manera el dx

4. ¿Una vez que interviene el psicólogo cuáles son las trabas que hay por parte de los protocolos hospitalarios para el ejercicio de su intervención?

Dentro de los hospitales, creería que sería lograr atender en la mayor medida a todos los pacientes respetando los tiempos de entrevista de cada uno. El exceso de población muchas veces influye en el proceso terapéutico que se está llevando.

5. ¿Cuáles serían las deficiencias del sistema hospitalario frente a pacientes con enfermedades catastróficas que obstaculizan un correcto proceso psicoterapéutico?

La falta de organización en las áreas del hospital, gestando una sobrepoblación, en este caso al ser un hospital regional llegan paciente de todos lados del país.

6. ¿Considera usted que el desconocimiento del rol de psicólogo clínico en el abordaje/acompañamiento de este tipo de diagnósticos generalmente proviene desde el área médica o desde el paciente y sus familiares?

A mi parecer ese desconocimiento viene desde la cultura misma de la sociedad, donde se desarrollan nuestros primogénitos y nos transmiten esos conocimientos.

7. ¿Al momento de hacer una interconsulta a psicología qué resistencias mayormente se presentan por parte del paciente o la familia?

Muchas veces es debido a la falta de comunicación por parte del personal médico, no se comunica de esta interconsulta y reaccionan de manera defensiva.

8. ¿Frente al requerimiento del médico de una interconsulta con psicología existen pacientes que priman su salud física frente a la mental no dándole importancia al proceso psicoterapéutico?

Es usual evidenciar esto, pero varía de cada paciente y según su dx. Muchas veces priman sus preocupaciones externas porque son el soporte económico de una familia.

9. Desde su experiencia considera usted que los médicos ubican la importancia de involucrar al psicólogo clínico en el trabajo con pacientes que han recibido el Dx. de una enfermedad catastrófica?

Dentro de mi institución, sí. Tengo buena relación con ciertos médicos de ciertas áreas que suelen hacer interconsultas con sus pacientes por algún dx catastrófico o que ellos consideran que necesitan la atención psicológica.

10. ¿Una vez que interviene el psicólogo cuáles son las limitantes que hay por parte de los procesos y protocolos hospitalarios para el ejercicio de su intervención?

El tiempo es lo que más limita en el día a día dentro de un hospital, al menos en este por la sobrepoblación y la ausencia de psicólogos. Se vuelve muy rígido el tiempo

11. ¿Cuáles serían las deficiencias del sistema hospitalario frente a pacientes con enfermedades catastróficas que obstaculizan un correcto proceso psicoterapéutico?

Las adecuaciones de un ambiente adecuado, hay habitaciones que no funciona el A/C, no hay mucha privacidad por compartimentó de habitaciones, las interrupciones por parte de los enfermeros. Esto se ve cuando toca visitar a los pacientes en sus áreas. En consulta externa creería que sería la obtención de los turnos para citas, es lo normalmente se quejan los pacientes cuando pierden las citas.

12. ¿Desde su experiencia las dificultades que presenta el paciente en un proceso de duelo se pueden disminuir con una oportuna intervención desde un espacio de escucha clínica desde el inicio del diagnóstico?

Creería que no, porque cuando se trate antes un duelo no quiere decir que disminuya su dolor o malestar.

13. ¿Cómo profesional de la salud inmerso en el trabajo hospitalario desde qué orientación psicológica usted trabaja?

No tenemos una orientación específica a seguir, en mi caso trabajo con la psicoanalítica.

14. ¿Cómo se puede alojar el dispositivo psicoanalítico más allá de la escucha y la palabra en procesos hospitalarios que pretenden objetivar al paciente?

Psicodinámica o cognitivo conductual, dependerá del dx del paciente.

Entrevista #2

1. ¿Desde su experiencia qué podría considerarse como recursos simbólicos de lado del paciente para significar un diagnóstico de enfermedad catastrófico?

Lo que tiene de conocimiento previo del diagnóstico y las explicaciones del médico tratante como, por ejemplo, tratamiento y posible evolución

1.1 ¿Cuáles son lo que más se repiten o frecuentes?

- Diagnósticos tipo cáncer se maneja un proceso de duelo más con la idea de cuáles son las posibilidades de tratamiento, al momento de ser enfermedades fuera de recursos terapéuticos tiende a tener que buscar simbolizar lo que es la muerte para el paciente y que se espera o teme de ella, ayudando también a que ciertas situaciones queden en orden.
- En los diagnósticos como VIH se dan mucho las ideas preconcebidas en relación a la enfermedad, es decir los mitos por lo cual se trabaja con las ideas reales de que implica el virus como tal.

1.2 ¿Habría unos que parecieran ser simbólicos y en realidad resultan ser problemáticos?

Ciertas frases o recursos que terminan generando una victimización en el paciente o los hace manejarse como minusvalía.

1.3 ¿Qué podría para usted definir que un recurso sea simbólico o que cause problema?

A mi parecer lo que podría diferenciar un recurso simbólico de uno problemático, es al que queremos llegar con el paciente y que efecto tiene en el mismo.

2. ¿Cuáles son las resistencias que presentan los pacientes que obstaculizan su proceso de duelo durante la hospitalización?

El no tener un conocimiento real del trabajo de psicólogo dentro del equipo del trabajo, lo cual hace esperar situaciones diferentes a las que se trabaja, siendo motivo de no querer hablar o cuando el paciente no muestra un interés real en su salud mental o nota como está siendo afectada por el contexto que está viviendo.

3. ¿A qué cree usted que se deba que haya pacientes que no tengan recursos simbólicos suficientes para poder sostenerse ante este tipo de Dx?

El no entender lo que está pasando con él o sentirse no escuchado, es decir el paciente no entiende lo que ocurre, tiene miedos y temores, pero no hay un sujeto de conocimiento adecuado que le explique o que le hable con términos adecuados el cuadro clínico en conjunto a situaciones como dinámicas familiares y su el paciente previamente ya presentaba recursos simbólicos para manejar su vida.

3.1 Se podría interrogar esto de los recursos simbólicos desde lo institucional...

Se podría valorar que tanto la instituciones ayudan a que se presenten y como la misma institución estigmatizan con ciertos diagnósticos lo cual no da posibilidad al paciente a poder manejar un proceso de duelo adecuado.

3.2 ¿Considera que el trabajo interdisciplinario podría ser un recurso simbólico para la institución al momento de abordar a pacientes con diagnóstico de enfermedad catastrófica?

Puede ser desde el trabajo interno del equipo del trabajo hasta cómo este mismo equipo interactúa con el paciente.

4. ¿Una vez que interviene el psicólogo cuáles son las trabas que hay por parte de los protocolos hospitalarios para el ejercicio de su intervención?

El tiempo de atención que imponen en ciertas instituciones como las públicas, los espacios para atender que en muchas ocasiones no se tiene un lugar que se pueda considerar adecuado o no existen, el que muchas veces no hay un protocolo o valoración del trabajo del psicólogo en el equipo interdisciplinario y la falta de conocimiento de cuál es la función del mismo.

5. ¿Cuáles serían las deficiencias del sistema hospitalario frente a pacientes con enfermedades catastróficas que obstaculizan un correcto proceso psicoterapéutico?

- Falta de protocolos
- Falta de conocimiento o capacitaciones sobre la salud mental.

6. ¿Considera usted que el desconocimiento del rol de psicólogo clínico en el abordaje/acompañamiento de este tipo de diagnósticos generalmente proviene desde el área médica o desde el paciente y sus familiares?

En muchos casos puede llegar a provenir de ambas partes, en algún momento son los familiares, en otros los pacientes, en otros los médicos y en ocasiones más complejas todos los mencionados anteriormente, en esos casos el trabajo con el paciente es casi imposible, aunque se dé la oferta de escucha no es tomada.

7. ¿Al momento de hacer una interconsulta a psicología qué resistencias mayormente se presentan por parte del paciente o la familia?

Ideas preconcebidas sobre el trabajo del psicólogo, que pueden ser por el mito de que, se atiende a los locos o se tiene expectativas irreales en relación a lo que se espera trabajar con el paciente.

7.1 - ¿Y del lado institucional?

Que no ven un motivo para realizarlo a raíz de que no se tiene consciencia de que debe basarse un trabajo psicoterapéutico, dado que se da el caso que la realización de las interconsultas es para solucionar temas que no competen al psicólogo, por ejemplo, dar un diagnóstico que no quiere ser dado por el médico, o que espera que se evite algún tipo.

8. ¿Frente al requerimiento del médico de una interconsulta con psicología existen pacientes que priman su salud física frente a la mental no dándole importancia al proceso psicoterapéutico?

Sí, en muchos momentos se ve pacientes que afirman “no entiendo porque me enviaron al psicólogo o para qué viene el psicólogo” aunque no necesariamente solo con el

psicólogo sino también con el psiquiatra, porque consideran que no le está afectando malestar emocional el proceso de diagnóstico o tratamiento dado que no tienen ideas extremas, aunque sí exista presencia de ideas recurrentes, anticipación temerosa o negativas.

9. Desde su experiencia considera usted que los médicos ubican la importancia de involucrar al psicólogo clínico en el trabajo con pacientes que han recibido el Dx. de una enfermedad catastrófica?

Depende del especialista, hay médicos que sí entienden la importancia dado al conocimiento teórico o su experiencia en la atención de pacientes, mientras que otros no consideran que sea necesario.

10. ¿Una vez que interviene el psicólogo cuáles son las limitantes que hay por parte de los procesos y protocolos hospitalarios para el ejercicio de su intervención?

- Limitaciones de tiempo de atención que puede ser muy corto y tiempo entre cita a cita que pueden llegar ser prolongadas.
- Espacios inadecuados para dar consultas
- Por momentos los pacientes deben ser retirados de las visitas de las interconsultas, porque debe realizarse algún tipo de procedimiento.

11. ¿Cuáles serían las deficiencias del sistema hospitalario frente a pacientes con enfermedades catastróficas que obstaculizan un correcto proceso psicoterapéutico?

Creo que los he mencionado anteriormente, dado que la falta de un protocolo y de limitaciones adecuadas del trabajo de cada especialista son parte de las problemáticas que complican la atención del paciente, los tiempos limitados, la ausencia o escasez de personal.

12. ¿Desde su experiencia las dificultades que presenta el paciente en un proceso de duelo se pueden disminuir con una oportuna intervención desde un espacio de escucha clínica desde el inicio del diagnóstico?

Depende, sabemos que no todos los casos son iguales, aunque en la mayoría de los pacientes una pronta atención resulta ser beneficiosa en otros no se ve un cambio significativo, que puede ser por no darse una buena transferencia o la poca importancia que le da el paciente al proceso psicoterapéutico.

13. ¿Cómo profesional de la salud inmerso en el trabajo hospitalario desde qué orientación psicológica usted trabaja?

Psicodinámica.

14. ¿Cómo se puede alojar el dispositivo psicoanalítico más allá de la escucha y la palabra en procesos hospitalarios que pretenden objetivar al paciente?

En el saber que todo paciente es un caso diferente, que toda historia de vida genera mecanismos conscientes e inconscientes diferentes y que el trabajo que se maneja debe ser en la subjetividad del sujeto que adolece que tiene una queja, aunque en muchas ocasiones no está seguro de cuál misma es, pero está cubierta por un malestar físico.

Entrevista #3

1. ¿Desde su experiencia qué podría considerarse como recursos simbólicos de lado del paciente para significar un Dx de una enfermedad catastrófica?

Considero que la mayoría de los pacientes están acá y tienen algún tipo de diagnóstico, saben poco o casi nada. Y la dificultad aquí es que los pacientes tienen una idea de lo que le dicen, de un diagnóstico. A veces tienen una idea errónea, y el punto es que el médico trata de explicar un poco qué les pasa, pero de eso sí hay una deficiencia y un consenso, porque el médico a veces no lo explica, no le da los recursos. No le da esos recursos que el paciente necesita y los deja también en angustia por el mismo hecho de no saber qué es. De ahí, si hablamos de los recursos públicos propios, si entienden un poco las preguntas, tienen pocos recursos. Así decir, tienen pocos recursos, porque aquí no, la mayoría, perdón lo que voy a decir, pero la mayoría son de escasos recursos que se vienen a tratar y ya no saben mucho. La mayoría, si se han dado cuenta, se han trabajado acá, tratado acá, y muchos son a veces de recursos del campesino o de recursos muy bajos.

1.1 ¿Cuáles son lo que más se repiten o frecuentes?

Los mismos que se repiten del vecino o de la propia familia. Esos no sé, pero los mismos que se repiten de conversar con los más allegados, más allegados, más allegados, que son los del círculo familiar o del círculo social, donde se rodea.

1.2 ¿Habría unos que parecieran ser simbólicos y en realidad resultan ser problemáticos?

Sí, puede ser. Por ejemplo, con todo respeto a las creencias o a las opiniones de cada sujeto, hay enfermedades que tienen que ser tratadas urgentemente y hay ciertas ideologías que no permiten que sean tratadas. Un ejemplo claro es el testigo de Jehová, que no permite transfusiones de sangre. Y al momento del médico o del especialista, necesitan de alguna pinta de sangre ellos se niegan eso puede ser, eso puede ser una dificultad de cierta ideología o pensamiento. Entorpecen el quehacer médico y empeora todo.

1.3 ¿Qué podría para usted definir que un recurso sea simbólico o que cause problema?

Probablemente sea como un sujeto puede responder a diferentes situaciones a partir del aprendizaje, de la cultura y del otro.

2. ¿Cuáles son las resistencias que presentan los pacientes que obstaculizan su proceso de duelo durante la hospitalización de una enfermedad catastrófica?

No volver a ser aptos, si hablamos de pérdida, del por qué resisten, es a resistirse a vivir actualmente, de eso que no tenemos ahora, eso básicamente.

4. ¿A qué cree usted que se deba que haya pacientes que no tengan recursos simbólicos suficientes para poder sostenerse ante este tipo de Diagnósticos catastróficos graves?

Esto se debe a los propios recursos culturales de no saber acerca de ciertas enfermedades. Y hay veces donde, por ejemplo, si hablamos del tema del cáncer, se asocia rápidamente a la muerte. Pero en muchos casos el cáncer es algo sobrellevado. Es el desconocimiento cultural que se tiene sobre ciertas enfermedades. Creo que es eso.

3.1 ¿Se podría interrogar esto de los recursos simbólicos desde lo institucional?

Básicamente donde es un hospital público, donde la rapidez e inmediatez debe ser efectiva y eficaz, por lo tanto, cada profesional de acá trata de dar una atención rápida para cumplir la demanda de otra atención muy seguida, Eso podría, en ciertas ocasiones, entorpecer la explicación a los pacientes sobre ciertas enfermedades. Sumado a eso, al déficit de saber cultural que tienen los pacientes y el entendimiento un poco perdido también de ellos, se hace una bombita de malestar.

3.2 ¿Considera que el trabajo interdisciplinario podría ser un recurso simbólico para la institución al momento de abordar a pacientes con diagnóstico de enfermedad catastrófica?

Sería lo más pertinente, pero es un trabajo muy complicado eso, porque se tendría que contratar a muchísimos personales de psicología clínica, en cada área, y no solamente uno por cada área, porque uno no se si usted se da cuenta, a veces hay pocos pacientes, pero a veces hay muchísimos, y uno para todo en una área complicada, eso representa

costo, representa organización, y como estamos en una institución de salud actual, los números no dan para hacer todo eso, en lo personal creería que sí, pero es un poco complicado porque realmente sería bueno que un psicólogo vaya y pase de visita con los médicos, de hecho creo que en algunas áreas hacen eso con los trabajadores sociales, pero nosotros como psicólogos que trabajamos acá, tenemos muchos horarios, y estar acá en consulta eterna, no hay tiempo como para decir, yo tengo que ir a la estancia, yo no podría ir en ninguno, yo trabajo hasta la noche, nadie está en la noche. Sí considero, pero no hay dinero.

4. ¿Una vez que interviene el psicólogo cuáles son las trabas que hay por parte de los protocolos hospitalarios para el ejercicio de su intervención?

En la parte de hospitalización no, porque uno va haciendo interconsulta y yo voy y voy viendo cómo veo la piel. Más bien serían las tramas de consulta externa, donde los grupos son limitados. Quiere ver a un paciente, por ejemplo, a lo más reciente, una semana o dos semanas por máximo, pero ahí sí el sistema es más complicado. Ahí sí podría yo ver si esto es un atraco, la consulta externa, no la hospitalización. Pues lo sería.

5. ¿Cuáles serían las deficiencias del sistema hospitalario frente a pacientes con enfermedades catastróficas que obstaculizan un correcto proceso psicoterapéutico?

Muchos pacientes poco personales, no considero que el encuadre sea un problema, tal vez, como digo poco personal y puedo agregarle algo más, la dificultad que tienen los médicos para un poco, ser más humanos, y no solamente profesionales, no todos necesitan tratamiento, pero si hay una mayoría que necesita, si un psicólogo atiende a una sola área ahí sería más complicado, muchos pacientes, pocos profesionales.

6. ¿Considera usted que el desconocimiento del rol de psicólogo clínico en el abordaje/acompañamiento de este tipo de diagnósticos generalmente proviene desde el área médica o desde el paciente y sus familiares?

Por supuesto que no, nadie se salva así de simple.

7. ¿Al momento de hacer una interconsulta a psicología qué resistencias mayormente se presentan por parte del paciente o la familia?

Creer que están locos es típico. Y otra es que no sabía que habían hecho este tipo de trabajos en psicología. No sé si yo hice nada malo, de ahí comienzan los problemas, ya con eso. Son estereotipos.

7.1 - ¿Y del lado institucional?

No creo que existan resistencias por el lado institucional, yo creo que existe poco saber de la utilidad, ellos no les importa con tal de escribir cualquier cosa que les piden en el requerimiento.

8. ¿Frente al requerimiento del médico de una interconsulta con psicología existen pacientes que priman su salud física frente a la mental no dándole importancia al proceso psicoterapéutico?

La mayoría prima la salud física, Es lo que yo digo, es algo ya cultural y nacional, ya que la salud mental todavía no está totalmente, no bien vista, no todo el mundo sabe que es tan necesaria, es una cuestión ya cultural, nacional y temporal. Claro que otros continentes lo ven como una prioridad, pero aquí todavía no estamos en eso. Y, por ende, vienen a una cuestión más física porque viene a lo próximo del cuerpo, Pero no hay esa capacidad de entender qué pasa conmigo, sino qué pasa con mi pierna, qué pasa con mi piel, dejando de lado el qué pasa conmigo.

9. ¿Desde su experiencia considera usted que los médicos ubican la importancia de involucrar al psicólogo clínico en el trabajo con pacientes que han recibido el diagnóstico de una enfermedad catastrófica?

No sé porque no conozco a todos los médicos y no conozco cómo ellos se ponen en sus consultas, pero creería yo que 50 y 50 hay muchas que sí pueden ubicar la importancia en eso y otros no.

10. ¿Una vez que interviene el psicólogo cuáles son las limitantes que hay por parte de los procesos y protocolos hospitalarios para el ejercicio de su intervención?

La cantidad de pacientes, a veces no hay pacientes que atender está vacío, pero otras veces hay una abundancia de pacientes.

11. ¿Cuáles son las deficiencias del sistema hospitalario frente a pacientes con enfermedades catastróficas que obstaculizan un correcto proceso psicoterapéutico?

N/C

12. ¿Desde su experiencia las dificultades que presenta el paciente en un proceso de duelo se pueden disminuir con una oportuna intervención desde un espacio de escucha clínica desde el inicio del diagnóstico?

Creería que sí, pero viene desde la manera en cómo el médico dice que tiene tal cosa

13. ¿Cómo profesional de la salud inmerso en el trabajo hospitalario desde qué orientación psicológica usted trabaja o aborda a sus pacientes?

Yo trabajo desde la orientación psicoanalítica.

14. ¿Cómo se puede alojar el dispositivo psicoanalítico más allá de la escucha y la palabra en procesos hospitalarios que pretenden objetivar al paciente?

Primero que busca el psicoanálisis que el paciente encuentre ciertas dificultades que tiene para que no exista la repetición, No hay ni corriente más ni menos. Yo creería que en lo cognitivo conductual porque se tiene un tiempo estimado, de los conductistas y cognitivistas, Hay un tiempo estimado para sus tratamientos, hay ciertos temas que se abordan mediante ciertos protocolos no necesariamente esto tiene que ser bueno o malo, pero hay otra manera, Pero de cierta manera es algo más pegado a lo institucional o a lo protocolizable. Sí, también se puede decir mucho más complejo, porque no se lo puede reducir en un protocolo. Creería yo que el Cognitivo conductual se podría pegar más porque hay un tiempo estimado. O sea, es un poco más similar a lo que hace la medicina, también tiene un tiempo estimado. Pero como ya les he dicho, no se puede poner un tiempo cronológico al inconsciente.

Entrevista #4

¿Desde su experiencia qué podría considerarse como recursos simbólicos de lado del paciente para significar un diagnóstico de una enfermedad catastrófica?

1.1 ¿Cuáles son lo que más se repiten o frecuentes?

Pueden ser las creencias, los mitos, la información que está al alcance de la tecnología, la referencia a los otros, pareja, madres, padres o profesionales de confianza

1.2 ¿Habría unos que parecieran ser simbólicos y en realidad resultan ser problemáticos?

Pienso que los recursos no son soluciones, los recursos son recursos, son elementos que se pueden hacer uso, de tejidos, ya sea imaginario o simbólico, como un nudo algo que se va a agarrar, lo cual no significa que va a ser problemático, significa que se la va a dar un uso y una función de ahí que acarrea una problemática secundaria, de ahí que se juega por el tipo de recurso, sino por cómo funciona dentro de la estructura

1.3 ¿Qué podría para usted definir que un recurso sea simbólico o que cause problema?

Creo que el tema no es que sea simbólico, creo que va como el sujeto lo introduce en el mecanismo de la estructura, ósea que funcionamiento le va a dar a eso, la religión es de usos del discurso que no siempre termina en una opción muy funcional, porque la religión tiene como elementos muy cerrados, pero sin embargo tienen ciertas metáforas y metonimias si es que son mediados a partir de otros elementos, entonces el recurso no es malo pero hay que poderlo moldear para que no termine en una rigidez subjetiva, pienso que no está mal el recurso, sino el uso que se le da.

2. ¿Cuáles son las resistencias que presentan los pacientes que obstaculizan su proceso de duelo durante la hospitalización de una enfermedad catastrófica?

El mismo proceso de estancia porque genera como un falso sentido de estar por fuera de la escena. Entonces, bien o mal, el entorno hospitalario da dos efectos. Uno es el miedo de que hubiera la media distancia entre otros factores, como los problemas en casa, las deudas, etc. Pero al mismo tiempo, la provocación de la estancia hospitalaria

genera efectos secundarios. A cuánto tiempo estás, empiezan a aparecer otros síntomas. ¿Por qué no estás en tu entorno habitual? Entonces, creo yo que algo que puede afectar el proceso de huelgo es una falsa sensación de estar como en un adentro y afuera. Estás en contacto con tus familiares, sabes que hay cosas que están pasando, o incluso información que manejan a ellos por algo. Por ejemplo, porque estás enfermo, porque tienes un diagnóstico. Pero el mismo escenario de la estancia hace como una falsa imagen de estar como protegido, pero desprotegido. Protegido en el nivel de que estás con profesionales, pero desprotegido en la medida que estás por fuera del hospital o en la cercanía con las personas, o en escenarios que te hacen sentir un poco más acompañado en el proceso de duelo

3. ¿A qué cree usted que se deba que haya pacientes que no tengan recursos simbólicos suficientes para poder sostenerse ante este tipo de diagnósticos catastróficos graves?

No creo que sea elementos de estancia de hospitales, sino más bien apunta las educaciones económicas, el entorno del que proviene el paciente que tiene un nivel educacional bajo, suele tener un poco más rígidos, suele tener conceptos más concretos, y entonces hace más difícil los procesos de abstracción. Otro son las estructuras de esta gente, o sea, cómo está posicionada a nivel subjetivo. Puede ser que dentro de la neurosis no hace que necesariamente posea los recursos, para responder a una situación que suele pasar en esta época, donde todos estamos expuestos a mayor cantidad de recursos imaginarios que tienen una fragilidad un poco más notoria al momento de responder a elementos de mayor movilidad a nivel subjetivo.

3.1 Se podría interrogar esto de los recursos simbólicos desde lo institucional

Lo veo complicado porque lo institucional no va por la vía de los recursos, sino por la solución que está me da, no importa con qué, con lo que se haga, entonces es complicado.

3.2 ¿Considera que el trabajo interdisciplinario podría ser un recurso simbólico para la institución al momento de abordar a pacientes con diagnóstico de enfermedad catastrófica?

Sí, sí, yo creo que el trabajo interdisciplinario sí nutre mucho el salir de ciertas presentaciones que son más del orden de lo imaginario. Por ejemplo, el paciente no habla conmigo porque le caigo mal, porque no quiero. El trabajo interdisciplinario se produce como un cuestionamiento, es decir, a lo mejor no es contigo. Es algo que pasa con el paciente, por contexto, por el tiempo de estado. Sí, sí, yo creo que el trabajo interdisciplinario sí produce como un cuestionamiento, es decir, a lo mejor no es contigo.

4. ¿Una vez que interviene el psicólogo cuáles son las trabas que hay por parte de los protocolos hospitalarios para el ejercicio de su intervención?

Yo creo que porque, al menos aquí en específico, no son los protocolos lo que limita, son los tiempos. Porque la estructura de las actividades está hecha para ser muy disfuncional. O sea, hacen muchas cosas en un tiempo específico. Y el problema es que la atención de pacientes tiene un tiempo variable. No es lo mismo atender a un paciente que tal vez está bastante bien sostenido, anímicamente, versus un paciente que tal vez está en situación de abandono, o que tiene un diagnóstico terminal inmediato. Es decir, el paciente conoce, no es que está en un proceso de evaluaciones, sino que está todo dirigido a esto. Entonces, no creo que sea por tema de protocolos, sino más bien por lo que se pide y en los tiempos que se pide.

5. ¿Cuáles serían las deficiencias del sistema hospitalario frente a pacientes con enfermedades catastróficas que obstaculizan un correcto proceso psicoterapéutico?

Creo que es la distribución poblacional versus la cantidad de profesionales. Por ejemplo, este hospital es un hospital regional, quiere decir que la mayoría de los pacientes de otras provincias son redirigidos aquí. Entonces las áreas críticas son varias, entre oncología, hematología, UCI. Entonces, hay dos problemas. Uno es enfrentar toda esa cantidad poblacional con un grupo pequeño de profesionales porque eso va a generar tiempos de atención prolongados y poca frecuencia para las asistencias a citas. Digamos que lo pudiera ver una vez por mes. Y el otro problema que se crea es que muchas veces hay una dificultad para los especialistas para poder identificar las poblaciones que necesitan tratamiento. Entonces, mientras no vean en el paciente signos llamativos, no consideran que el diagnóstico sea causa de derivación. Entonces,

eso hace que muchos pacientes se pierdan en el sistema, se continúen sus atenciones, nunca haya sido considerada su atención por parte de los especialistas

6. ¿Considera usted que el desconocimiento del rol de psicólogo clínico en el abordaje/acompañamiento de este tipo de diagnósticos generalmente proviene desde el área médica o desde el paciente y sus familiares?

No creo que provenga necesariamente de ninguno de los dos, O sea, creo que el problema es a nivel un poco más general. Y es que hay especialidades que no tienen la misma función, pero que en el contexto social se piensa que son lo mismo. Por ejemplo, psicología, trabajo social, terapias ocupacionales. Entonces, bien o mal eso genera que todos tengamos una percepción delgada sobre las especialidades. Y al final los pacientes, los familiares y el mismo profesional están embestidos por esas preconcepciones. De que una de las especialidades cubre lo mismo que las demás o que una es más o menos relevante que las demás.

7. ¿Al momento de hacer una interconsulta a psicología qué resistencias mayormente se presentan por parte del paciente o la familia?

El desconocimiento, porque muchas veces el profesional del área, el médico que genera la interconsulta, no ha comunicado las razones por las cuales se pide la valoración. Si es porque hay un síntoma que se haya observado, si es porque va a iniciar un proceso de tratamiento invasivo como una diálisis, una quimio, o si hay otros factores conflictuales. Eso hace que el paciente o los familiares muestran cierta resistencia o temor a ser valorado o evaluado por una tercera persona. ¿Y del lado institucional?

7.1 - ¿Y del lado institucional?

No sé si podría decirse de forma muy general, pero creo yo que más que resistencia podría ser desconocimiento. No tener el criterio, o encontrar el criterio para llamar. O sea, no saber por qué no lo va a llamar. Eso puede ser una ausencia de criterio.

8. ¿Frente al requerimiento del médico de una interconsulta con psicología existen pacientes que priman su salud física frente a la mental no dándole importancia al proceso psicoterapéutico?

Sí puede pasar, no sé si es porque no le dan importancia, creo yo que es más como un sentido de supervivencia. Es como si el paciente buscará todos sus deseos, sus intenciones y sus concepciones en primero comprender lo que está pasando a nivel del cuerpo, porque igual es una vivencia bastante azarosa. Es sentir que el cuerpo que posees al mismo tiempo no te pertenece, que se comporta por fuera de lo que tú puedes controlar. Entonces muchas veces es más una cuestión de tiempo. Llamar a una especialidad bajo el contexto de una crisis no siempre deriva en que el paciente genere una demanda. A veces es necesario crear un tiempo entre la escena primaria, la primera escena que es la crisis o el llanto o la angustia, y un segundo tiempo donde el paciente pueda, con los elementos que ya ha logrado estructurar, hacer un pedido de atención.

9. ¿Desde su experiencia considera usted que los médicos ubican la importancia de involucrar al psicólogo clínico en el trabajo con pacientes que han recibido el diagnóstico de una enfermedad catastrófica?

En estas casas de salud sí, porque las áreas que tienen ese tipo poblacional o las áreas que en mayor tendencia tienen ese grupo poblacional son áreas que ya trabajan multidisciplinariamente. Quiere decir que esas áreas ya tienen un equipo de trabajo. Tienen un médico tratante, un equipo de enfermería, un psicólogo, un trabajador social y un nutricionista. Entonces las áreas más delicadas ya tienen equipos de trabajo.

10. ¿Una vez que interviene el psicólogo cuáles son las limitantes que hay por parte de los procesos y protocolos hospitalarios para el ejercicio de su intervención?

Los tiempos, lo más difícil son los tiempos, porque hay una estandarización del tiempo de atención que es de 30 minutos, que funciona más en la consulta externa, pero en la hospitalización hay como una posibilidad de extenderse un poco más. Tal vez lo que lo podría volver difícil es la cantidad de pacientes que hay que atender y que limita el tiempo que se puede dedicar a cada uno de ellos. En resumen, sería la cantidad poblacional y el tiempo que se puede dedicar a cada uno de ellos.

11. ¿Cuáles son las deficiencias del sistema hospitalario frente a pacientes con enfermedades catastróficas que obstaculizan un correcto proceso psicoterapéutico?

En general creería yo que podría obstaculizar, Lo más difícil es, por ejemplo, tener espacios habilitados para mejorar la atención. Por ejemplo, en las habitaciones hay que atender bajo el contexto que haya. Si hay 10 pacientes, ponen 10 pacientes ahí. Si hay bulla externa, pon la bulla. Si hace calor, pon el calor. Entonces, lo más difícil, creo, es crear espacios verdaderos, o sea, bien equipados para poder atender a esas poblaciones.

12. ¿Desde su experiencia las dificultades que presenta el paciente en un proceso de duelo se pueden disminuir con una oportuna intervención desde un espacio de escucha clínica desde el inicio del diagnóstico?

Los tiempos, lo más difícil son los tiempos, porque hay una estandarización del tiempo de atención que es de 30 minutos, que funciona más en la consulta externa, pero en la hospitalización hay como una posibilidad de extenderse un poco más. Tal vez lo que lo podría volver difícil es la cantidad de pacientes que hay que atender y que limita el tiempo que se puede dedicar a cada uno de ellos. En resumen, sería la cantidad poblacional y el tiempo que se puede dedicar a cada uno de ellos.

13. ¿Cómo profesional de la salud inmerso en el trabajo hospitalario desde qué orientación psicológica usted trabaja o aborda a sus pacientes?

Yo trabajo desde el psicoanálisis, no nos piden una reglamentación interna para una orientación específica.

14. ¿Cómo se puede alojar el dispositivo psicoanalítico más allá de la escucha y la palabra en procesos hospitalarios que pretenden objetivar al paciente?

Lo que pasa es que más que alojar... bueno, no sé si yo usaría la palabra alojar. Yo creería más bien que se trata de crear, de hacer y producir espacios que tengan ciertas características, porque también no es viable replicar psicoanálisis puro. Se puede hacer un intento de psicoanálisis aplicado y no en todo el conjunto de actividades de la jornada, sino como determinar ciertos espacios, ciertos pacientes para la aplicación o creación de... por ejemplo, los elementos que tienen que ver con la ética del psicoanálisis. Eso se puede aplicar, ese elemento de psicoanálisis, pero no todo el dispositivo.

Entrevista #5

1. ¿Desde su experiencia qué podría considerarse como recursos simbólicos de lado del paciente para significar un diagnóstico de enfermedad catastrófico?

Lo que tiene de conocimiento previo del diagnóstico y las explicaciones del médico tratante como, por ejemplo, tratamiento y posible evolución

1.1 ¿Cuáles son lo que más se repiten o frecuentes?

Diagnósticos tipo cáncer se maneja un proceso de duelo más con la idea de cuáles son las posibilidades de tratamiento, al momento de ser enfermedades fuera de recursos terapéuticos tiende a tener que buscar simbolizar lo que es la muerte para el paciente y que se espera o teme de ella, ayudando también a que ciertas situaciones queden en orden.

En los diagnósticos como VIH se dan mucho las ideas preconcebidas en relación a la enfermedad, es decir los mitos por lo cual se trabaja con las ideas reales de que implica el virus como tal.

1.2 ¿Habría unos que parecieran ser simbólicos y en realidad resultan ser problemáticos?

Ciertas frases o recursos que terminan generando una victimización en el paciente o los hace manejarse como minusvalía.

1.3 ¿Qué podría para usted definir que un recurso sea simbólico o que cause problema?

A mi parecer lo que podría diferenciar un recurso simbólico de uno problemático, es al que queremos llegar con el paciente y que efecto tiene en el mismo.

2. ¿Cuáles son las resistencias que presentan los pacientes que obstaculizan su proceso de duelo durante la hospitalización?

el no tener un conocimiento real del trabajo de psicólogo dentro del equipo del trabajo, lo cual hace esperar situaciones diferentes a las que se trabaja, siendo motivo de no

querer hablar o cuando el paciente no muestra un interés real en su salud mental o nota como está siendo afectada por el contexto que está viviendo.

3. ¿A qué cree usted que se deba que haya pacientes que no tengan recursos simbólicos suficientes para poder sostenerse ante este tipo de Diagnóstico?

El no entender lo que está pasando con él o sentirse no escuchado, es decir el paciente no entiende lo que ocurre, tiene miedos y temores, pero no hay un sujeto de conocimiento adecuado que le explique o que le hable con términos adecuados el cuadro clínico en conjunto a situaciones como dinámicas familiares y su el paciente previamente ya presentaba recursos simbólicos para manejar su vida.

3.1 Se podría interrogar esto de los recursos simbólicos desde lo institucional...

Se podría valorar que tanto la instituciones ayudan a que se presenten y como la misma institución estigmatizan con ciertos diagnósticos lo cual no da posibilidad al paciente a poder manejar un proceso de duelo adecuado.

3.2 ¿Considera que el trabajo interdisciplinario podría ser un recurso simbólico para la institución al momento de abordar a pacientes con diagnóstico de enfermedad catastrófica?

Puede serlo desde el trabajo interno del equipo del trabajo hasta cómo este mismo equipo interactúa con el paciente

4. ¿Una vez que interviene el psicólogo cuáles son las trabas que hay por parte de los protocolos hospitalarios para el ejercicio de su intervención?

el tiempo de atención que imponen en ciertas instituciones como las públicas, los espacios para atender que en muchas ocasiones no se tiene un lugar que se pueda considerar adecuado o no existen, el que muchas veces no hay un protocolo o valoración del trabajo del psicólogo en el equipo interdisciplinario y la falta de conocimiento de cuál es la función del mismo.

5. ¿Cuáles serían las deficiencias del sistema hospitalario frente a pacientes con enfermedades catastróficas que obstaculizan un correcto proceso psicoterapéutico?

- falta de protocolos
- Falta de conocimiento o capacitaciones sobre la salud mental.

6. ¿Considera usted que el desconocimiento del rol de psicólogo clínico en el abordaje/acompañamiento de este tipo de diagnósticos generalmente proviene desde el área médica o desde el paciente y sus familiares?

En muchos casos puede llegar a provenir de ambas partes, en algún momento son los familiares, en otros los pacientes, en otros los médicos y en ocasiones más complejas todos los mencionados anteriormente, en esos casos el trabajo con el paciente es casi imposible, aunque se dé la oferta de escucha no es tomada.

7. ¿Al momento de hacer una interconsulta a psicología qué resistencias mayormente se presentan por parte del paciente o la familia?

Ideas preconcebidas sobre el trabajo del psicólogo, que pueden ser por el mito de que, se atiende a los locos o se tiene expectativas irreales en relación a lo que se espera trabajar con el paciente.

7.1 - ¿y del lado institucional?

Que no ven un motivo para realizarlo a raíz de que no se tiene consciencia de que debe basarse un trabajo psicoterapéutico, dado que se da el caso que la realización de las interconsultas es para solucionar temas que no competen al psicólogo, por ejemplo, dar un diagnóstico que no quiere ser dado por el médico, o que espera que se evite algún tipo.

8. ¿Frente al requerimiento del médico de una interconsulta con psicología existen pacientes que priman su salud física frente a la mental no dándole importancia al proceso psicoterapéutico?

SÍ, en muchos momentos se ve pacientes que afirman “no entiendo porque me enviaron al psicólogo o para qué viene el psicólogo” aunque no necesariamente solo con el psicólogo sino también con el psiquiatra, porque consideran que no le está afectando malestar emocional el proceso de diagnóstico o tratamiento dado que no tienen ideas extremas, aunque sí exista presencia de ideas recurrentes, anticipación temerosa o negativas.

9. Desde su experiencia considera usted que los médicos ubican la importancia de involucrar al psicólogo clínico en el trabajo con pacientes que han recibido el Diagnóstico de una enfermedad catastrófica?

Depende del especialista, hay médicos que sí entienden la importancia dado al conocimiento teórico o su experiencia en la atención de pacientes, mientras que otros no consideran que sea necesario.

10. ¿Una vez que interviene el psicólogo cuáles son las limitantes que hay por parte de los procesos y protocolos hospitalarios para el ejercicio de su intervención?

- Limitaciones de tiempo de atención que puede ser muy corto y tiempo entre cita a cita que pueden llegar ser prolongadas.
- espacios inadecuados para dar consultas
- Por momentos los pacientes deben ser retirados de las visitas de las interconsultas, porque debe realizarse algún tipo de procedimiento.

11. ¿Cuáles serían las deficiencias del sistema hospitalario frente a pacientes con enfermedades catastróficas que obstaculizan un correcto proceso psicoterapéutico?

Creo que los he mencionado anteriormente, dado que la falta de un protocolo y de limitaciones adecuadas del trabajo de cada especialista son parte de las problemáticas que complican la atención del paciente, los tiempos limitados, la ausencia o escasez de personal.

12. ¿Desde su experiencia las dificultades que presenta el paciente en un proceso de duelo se pueden disminuir con una oportuna intervención desde un espacio de escucha clínica desde el inicio del diagnóstico?

Depende, sabemos que no todos los casos son iguales, aunque en la mayoría de los pacientes una pronta atención resulta ser beneficiosa en otros no se ve un cambio significativo, que puede ser por no darse una buena transferencia o la poca importancia que le da el paciente al proceso psicoterapéutico.

13. ¿Cómo profesional de la salud inmerso en el trabajo hospitalario desde qué orientación psicológica usted trabaja?

Psicodinámica.

14. ¿Cómo se puede alojar el dispositivo psicoanalítico más allá de la escucha y la palabra en procesos hospitalarios que pretenden objetivar al paciente?

En el saber que todo paciente es un caso diferente, que toda historia de vida genera mecanismos conscientes e inconscientes diferentes y que el trabajo que se maneja debe ser en la subjetividad del sujeto que adolece que tiene una queja, aunque en muchas ocasiones no está seguro de cuál misma es, pero está cubierta por un malestar físico.

Entrevista #6

1. ¿Desde su experiencia qué podría considerarse como recursos simbólicos de lado del paciente para significar un diagnóstico de enfermedad catastrófico?

Hay que tomar en cuenta que dependiendo el caso van a existir varios recursos que permitan responder desde lo simbólico a los pacientes frente a un dx de este tipo. Por un lado, hay médicos que dejan en la nada a los pacientes, si posibles tratamientos o explicaciones de cómo poder vivir o enfrentar estas enfermedades. Sin embargo, en los casos en los que sí se da, los pacientes utilizan como recursos lo otorgado por la familia desde sus muestras de apoyo; por la religión, desde oraciones o novenas, entre otros.

1.1 ¿Cuáles son lo que más se repiten o frecuentes?

Los recursos de carácter religioso, médico y familiar.

1.2 ¿Habría unos que parecieran ser simbólicos y en realidad resultan ser problemáticos?

Claro. Los religiosos en el caso del fanatismo obstaculizan procesos de cura o prevención.

1.3 ¿Qué podría para usted definir que un recurso sea simbólico o que cause problema?

Lo que define a un recurso en algo simbólico de uno problemático es desde el discurso y contexto en el que se lo dé.

2. ¿Cuáles son las resistencias que presentan los pacientes que obstaculizan su proceso de duelo durante la hospitalización?

Existen varios factores, pero el que predomina más es la ignorancia ante la enfermedad. La ignorancia deja suelto muchos imaginarios entorno a lo incierto de la muerte que gira entorno de la hospitalización. Esta ignorancia más allá de los imaginarios que desencadena, provienen del efecto social, cultural, etc.

3. ¿A qué cree usted que se deba que haya pacientes que no tengan recursos simbólicos suficientes para poder sostenerse ante este tipo de Dx?

Por un lado, el desconocimiento como consecuencia de la falta de empatía del médico, puesto que, el deber ser de ellos debe ser en pro de la salud, es decir, explicarles detalladamente en qué consiste. Del mismo modo, está también la resistencia o negación como respuesta ante el real de la muerte.

3.1 ¿Se podría interrogar esto de los recursos simbólicos desde lo institucional?

Claro, el discurso institucional logra que se imposibilite un duelo, desde el momento en que el paciente deja de ser sujeto y se vuelve un objeto más de una práctica médica.

3.2 ¿Considera que el trabajo interdisciplinario podría ser un recurso simbólico para la institución al momento de abordar a pacientes con diagnóstico de enfermedad catastrófica?

Por supuesto, toda enfermedad requiere del apoyo de las otras áreas, sobre todo de la psicológica, tomando en cuenta que somos seres psico biosociales.

4. ¿Una vez que interviene el psicólogo cuáles son las trabas que hay por parte de los protocolos hospitalarios para el ejercicio de su intervención?

La objetivación. El sistema objetiviza al paciente y si bien desde el discurso psicoanalítico se logra darle una escucha y su lugar de sujeto, el entorno lo vuelve a poner en un lugar de objeto. En los casos de hospitales públicos o procesos ambulatorios, surge la inminente demanda de cumplir con un estatuto más no con la salud.

5. ¿Cuáles serían las deficiencias del sistema hospitalario frente a pacientes con enfermedades catastróficas que obstaculizan un correcto proceso psicoterapéutico?

La mayoría de los hospitales que abordan estas problemáticas se saturan ante la demanda, en donde se pierde el enfoque humano. Los hospitales y su personal médico buscan cumplir con un protocolo, que no solo pierden su parte empática, sino que obstaculizan los espacios de escucha, contradicen el plan psicoterapéutico establecido.

6. ¿Considera usted que el desconocimiento del rol de psicólogo clínico en el abordaje/acompañamiento de este tipo de diagnósticos generalmente proviene desde el área médica o desde el paciente y sus familiares?

Generalmente, proviene desde los pacientes y su círculo. No obstante, existen muchos casos en que la parte médica también influye.

7. ¿Al momento de hacer una interconsulta a psicología qué resistencias mayormente se presentan por parte del paciente o la familia?

Ante el desconocimiento de lo primordial de un acompañamiento psicológico, nos enfrentamos a pacientes que no siguen correctamente un plan psicoterapéutico o no asisten; también, familiares que desde su ignorancia obstaculizan el proceso.

7.1. ¿Y del lado institucional?

En muchas ocasiones, la ausencia de un trabajo interdisciplinario genera que se prime el tratamiento médico del psicológico.

8. ¿Frente al requerimiento del médico de una interconsulta con psicología existen pacientes que priman su salud física frente a la mental no dándole importancia al proceso psicoterapéutico?

En muchos casos, esta es la realidad.

9. Desde su experiencia considera usted que los médicos ubican la importancia de involucrar al psicólogo clínico en el trabajo con pacientes que han recibido el Dx. de una enfermedad catastrófica?

Actualmente, ha incrementado la demanda del apoyo psicológico por otras áreas frente el dx de una enfermedad catastrófica. No obstante, no están capacitados correctamente en lo que implica el apoyo del profesional del área de psicología.

10. ¿Una vez que interviene el psicólogo cuáles son las limitantes que hay por parte de los procesos y protocolos hospitalarios para el ejercicio de su intervención?

El desarrollo correcto o esencial del plan psicoterapéutico trazado o necesario para el paciente.

11. ¿Cuáles serían las deficiencias del sistema hospitalario frente a pacientes con enfermedades catastróficas que obstaculizan un correcto proceso psicoterapéutico?

La ignorancia, la falta de presupuesto, rutas hospitalarias, entre otros.

12. ¿Desde su experiencia las dificultades que presenta el paciente en un proceso de duelo se pueden disminuir con una oportuna intervención desde un espacio de escucha clínica desde el inicio del diagnóstico?

Totalmente, en casi la mayoría de los casos, una oportuna intervención hace que el duelo sea más llevadero y sin mayores resistencias.

13. ¿Cómo profesional de la salud inmerso en el trabajo hospitalario desde qué orientación psicológica usted trabaja?

Desde el enfoque psicodinámico.

14. ¿Cómo se puede alojar el dispositivo psicoanalítico más allá de la escucha y la palabra en procesos hospitalarios que pretenden objetivar al paciente?

Si bien la escucha y la palabra le permiten al sujeto encontrar una respuesta ante estos vacíos relacionados al real de la muerte. El dispositivo psicoanalítico propone mucho más ante el tema de las enfermedades. Se debe apostar a realizar poco a poco un traslado de un “no querer saber nada”, a un “querer saber algo”, encontrar recursos para abrochar de alguna forma aquello que ha sido desarticulado. De esta manera es quién desde esta posición el psicólogo presta sus palabras a aquel que no entiende, es el que abre una brecha entre el “no hay tiempo” aún “hay todo el tiempo que usted necesite”, es decir hay algo de lo que el paciente tiene que hacerse responsable, comprender e implicarse para que sus conclusiones no vayan por las vías de un pasaje al acto, como resultado final.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es dirigida por Mayra Alejandra Arteaga Jaramillo y Kenny Joel Molina Cárdenas de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El objetivo general de la investigación es analizar la influencia de los recursos simbólicos débiles ante lo traumático de la enfermedad, el desconocimiento generalizado en torno a lo psicológico y la ausencia de un espacio de escucha clínica en las dificultades en la elaboración de duelos en pacientes hospitalizados con enfermedades catastróficas en un Hospital de Especialidades de la ciudad de Guayaquil para generar una reflexión académica sobre la problemática.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá la participación en una entrevista semiestructurada. Esto tomará aproximadamente entre 15 y 30 minutos de su tiempo. Lo que se converse o discuta durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado y se tomará una foto para evidencia.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las intervenciones, las grabaciones serán borradas.

Si tiene alguna duda puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Si alguna de las preguntas de la entrevista semiestructurada le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Consentimiento Informado para participantes de la Investigación

Yo _____ con C.I# _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación: Relevancia del espacio de escucha en la elaboración del duelo en pacientes con enfermedades catastróficas.

He sido informado de que el objetivo general de la investigación es analizar la influencia de los recursos simbólicos débiles ante lo traumático de la enfermedad, el desconocimiento generalizado en torno a lo psicológico y la ausencia de un espacio de escucha clínica en las dificultades en la elaboración de duelos en pacientes hospitalizados con enfermedades catastróficas en un Hospital de Especialidades de la ciudad de Guayaquil para generar una reflexión académica sobre la problemática.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista semidirigida la cual tomará aproximadamente entre 15 y 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante:

Fecha: 21 de agosto del 2023



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

Nosotros, **Arteaga Jaramillo, Mayra Alejandra**, con C.C: # **0927840223** y **Molina Cárdenas, Kenny Joel**, con C.C: # **0951685692** autores del trabajo de titulación: **Relevancia del espacio de escucha en la elaboración del duelo en pacientes con enfermedades catastróficas**, previo a la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **7 de septiembre de 2023**

Alejandra Arteaga J.

Kenny Joel Molina

f. _____
Nombre

Arteaga Jaramillo, Mayra Alejandra
C.C: **0927840223**

f. _____
Nombre

Molina Cárdenas, Kenny Joel
C.C: **0951685692**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Relevancia del espacio de escucha en la elaboración del duelo en pacientes con enfermedades catastróficas		
AUTORES:	Arteaga Jaramillo, Mayra Alejandra ; Molina Cárdenas, Kenny Joel		
TUTOR:	Psic. CI. Martínez Zea, Francisco Xavier Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación.		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciados en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	7 de septiembre de 2023	No. DE PÁGINAS:	107
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicología clínica; método clínico; psicoanálisis		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Trauma; duelo; psicoanálisis; enfermedades catastróficas; hospitalización; recursos simbólicos.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La relevancia del espacio de escucha en la elaboración del duelo en pacientes con enfermedades catastróficas tiene como importancia permitir brindar nuevos enfoques de la realidad que atraviesan los sujetos que son diagnosticados con este tipo de enfermedades, para poder dar nuevas perspectivas a futuros cambios que puedan realizarse a favor de este tipo de pacientes. Por lo cual, se tiene como objetivo analizar la influencia de los recursos simbólicos débiles ante lo traumático de la enfermedad; el desconocimiento generalizado en torno a lo psicológico y la ausencia de un espacio de escucha clínica en las dificultades en la elaboración de duelos en pacientes hospitalizados, mediante los datos obtenidos en una investigación de campo realizada en un Hospital de Especialidades de la ciudad de Guayaquil, para generar una reflexión académica sobre la problemática. Ante lo cual, se realizará desde un método cualitativo que utilizará como técnicas de recolección de datos: análisis bibliográficos y entrevistas a profesionales del campo psicológico con experticia en el abordaje de dichas problemáticas. Obteniendo una perspectiva de lo que ocurre a nivel interno que genera obstáculos o trabas en los procesos de duelo. Ante lo que se ha podido concluir la influencia del discurso institucional y el desconocimiento de la importancia del acompañamiento psicológico.</p>		
ADJUNTO PDF:	SI	NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-9-59101364/+593-9-79571364	E-mail: mayra.arteaga@cu.ucsg.edu.ec kenny.molina@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Psic. CI. Torres Gallardo, Tatiana Mgs. Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419 E-mail: tatiana.torres@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			