

6. 8917
294a



5

7

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN, DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA.

Alumno:

Fernando Zumba Jurado ✓

H

Tema:

“Un acercamiento al proceso del duelo y el papel de la
castración, en pacientes oncológicos”.

Director de prácticas:

Psicólogo Antonio Aguirre

**Este trabajo está basado, en las prácticas clínicas que se realizaron en SOLCA, durante el periodo 2010-2011.*

2011

Índice:

Introducción:	1
Justificación:	3
Objetivos:	4
Desarrollo:	5
"Un acercamiento al proceso del duelo y el papel de la castración, en pacientes oncológicos":.....	5
Diferencia entre Duelo y Angustia:	13
Casuística y Conclusiones:	15
Caso G:	15
Caso M:	16
Caso F:	18
Notas:	21
Bibliografía:	22
10 Informes clínicos:	23

65083 - 1 - 111018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE
COPAVARUIL
INGRESO 2011-05-18
POR Donación
\$ 10,00
INVT. No.

Introducción:

El cáncer, tiene una enorme connotación psicosocial y genera un impacto emocional en los sujetos, lo cual da lugar a la psicología en hospitales oncológicos.

Además, las manifestaciones del cáncer, están asociadas al sufrimiento, a la muerte, a la minusvalía, a la incertidumbre, entre otras. Es preciso señalar también, que la enfermedad oncológica requiere de tratamientos invasivos, mutilantes y prolongados, lo que hace que tanto pacientes como familiares puedan necesitar atención psicológica.

No podemos pasar por alto que la enfermedad oncológica está asociada a una experiencia de sufrimiento y vulnerabilidad, pudiendo afectar no sólo la calidad de vida, sino también, en algunos casos, la supervivencia del paciente.

Entonces según lo antes expuesto, el paciente al afrontar las enfermedades del cáncer, se ve obligado a enfrentarse a varios tipos de pérdidas en su cuerpo, los que van desde la extracción de algún órgano, o parte del mismo, caída del cabello, entre otras. El sujeto ante esto busca varios tipos de compensaciones subjetivas, unas de estas es el duelo.

La palabra duelo, *“se origina en dos raíces latinas: dolus, que significa dolor, aflicción, y duellum, que, como variante fonética arcaica de bellum, significa batalla, desafío”*. Y de cierta manera es esto lo que enfrenta el sujeto con dicha patología médica.

En este sentido es necesario hablar del duelo, del dolor que representa la pérdida de la salud y de lo que compromete la pérdida de las capacidades emotivas, físicas

y sociales, entre otras pérdidas, que aquejan a toda persona que se enfrenta a una enfermedad que amenaza su vida. Que de cierta manera vendría a afectarlo no sólo en el aspecto orgánico real, sino también simbólico e imaginario, desde el momento en que limita sus actividades, habilidades y espacios sociales, entre otros.

Para Freud "...el duelo es la reacción a la pérdida de una persona amada o una abstracción equivalente, la patria, la libertad, un ideal, etc..."¹. Se podría decir entonces, que una pérdida afecta la existencia, es un vacío en la realidad.

Justificación:

El duelo es un proceso propio a la condición de vida. Es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada, asociándose a síntomas físicos y emocionales. Una pérdida siempre es dolorosa; y se necesita de tiempo y de un proceso para volver al equilibrio normal, que es lo que constituye el proceso de duelo.

En ciertas patologías médicas como el cáncer, existen procesos que si bien es cierto se viven en cada paciente o sujeto de manera diferente, hay significantes que se repiten o circulan entre ellos. El duelo es unos de los fenómenos psíquicos que se repiten, o con los que uno se topa de manera repetitiva en la práctica clínica en un hospital oncológico. No tanto por el duelo que podrían vivir los familiares de los pacientes con cáncer después su fallecimiento, sino más bien que el proceso de duelo, por el que pasan los pacientes al momento de ingresar al tratamiento.

El sujeto en este caso paciente oncológico, se ve inmerso en varios tipos de pérdidas, pérdidas corporales como las llamaría M. Klein². El paciente pierde peso, el cabello, pierde agilidad, relaciones sociales, entre otras. Todas estas pérdidas que tienen como sustento físico el cuerpo, requieren trabajos de duelo; que cursan específicamente en relación con la Castración y el Narcisismo.

Objetivos:

- Establecer qué es el duelo para Freud y Lacan.

- Dar a conocer como atraviesan el proceso de duelo diferentes sujetos.

- Mostrar el papel de la Castración en el proceso del Duelo.

- Determinar la diferencia entre el duelo y la angustia.

Desarrollo:

**“Un acercamiento al proceso del duelo y el papel de la castración,
en pacientes oncológicos”.**

Es importante señalar lo que entendemos por duelo. Siguiendo a Freud (1917), *“el duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción equivalente, como la patria, la libertad, un ideal”. En donde impera la realidad y se acepta que se ha perdido el objeto*³.

El duelo es, fundamentalmente, dolor, dolor psíquico que puede llegar a afectar el cuerpo, dolor por una pérdida, que no siempre tiene que ver con la muerte. Una separación de pareja, puede ser un ejemplo de duelo, esta es una pérdida, frente a la cual el sujeto tendrá que "hacer algo".

El proceso del duelo se va efectuando a partir del examen de la realidad, que al mostrar que el objeto no existe más, retira la libido de él. Claro que esto no es nada sencillo, porque el veredicto de la realidad no alcanza para convencer al sujeto, y lo que predomina como primera reacción ante la pérdida es su no aceptación.

“El duelo comienza con la renegación, desmentida”⁴ de lo que en el discurso podría ser: “¡No!”, “¡No puede ser!”, “¡No lo creo!”. “Este momento puede ser más o menos largo, con períodos fugaces de renegación, y de aceptación más prolongados, presentándose a veces en variaciones rápidas”⁵. Finalmente el criterio de realidad se impone y el sujeto acepta la pérdida.

Por eso, a pesar de haberlo definido como una reacción normal, Freud⁶ propone la necesidad de un trabajo para el duelo y un tiempo no cronológico, sino lógico, para su elaboración. Ese trabajo implica que el sujeto vaya abandonando los lazos libidinales que lo unían al objeto perdido, lo cual se realiza de un modo lento, paulatino y con un gran gasto de energía para el aparato psíquico.

Freud hablará de los combates provocados por la "ambivalencia y la fijación de la libido al objeto"⁷. Según Freud, la culminación del trabajo del duelo se daría cuando "el Yo puede declarar perdido al objeto y la libido pasa a estar disponible para investir otros objetos, lográndose de esta manera una sustitución del objeto perdido, quedando "el yo libre y exento de toda inhibición"⁸.

Entonces hasta ahora se plantea que la sustitución del objeto perdido resolvería el problema del duelo. Es decir, que el objeto por el que se está de duelo es sustituible.

Freud nos dice en "*Duelo y Melancolía*", que el trabajo de duelo, una vez que se llevó a cabo, permitiría el "*invertimiento libidinal de otros objetos en sustitución del perdido*".

Sin embargo, el objeto por el que estamos de duelo es un objeto singular, único, en el que está en juego el narcisismo, precisamente porque "*toda elección de objeto es siempre narcisista*"⁹. Un sujeto puede perder diferentes objetos, pero sólo lo sumirán en un duelo aquellos que tienen para él una importancia significativa.

De modo que, el narcisismo es algo que cuestiona que el objeto perdido sea sustituible, porque "*se trata de un objeto de amor, con un alto monto de libido*

narcisista"¹⁰, Freud expone que el hombre *"no abandona gustoso ninguna de las posiciones de su libido, aún cuando les haya encontrado ya una sustitución"*¹¹.

Teniendo en cuenta esto, no se está de duelo sino por algo o alguien para quien el sujeto haya sido importante o significativo, tanto como para que la pérdida de objeto afecte a una parte de su narcisismo.

Frente a la pérdida de un objeto se hace necesario un trabajo de elaboración, para poder separarse de ese objeto que desapareció en la realidad. Un trabajo de duelo que posibilite simbolizar la pérdida, que permita la merma de un objeto que anteriormente estaba simbolizado.

Freud, en "Duelo y melancolía", sitúa tres tiempos en la tramitación de un duelo:

Primer tiempo: el sujeto reniega de la pérdida, no quiere saber de ella, un "ya lo sé... pero aún así". Tiempo que sitúa como negatorio de la pérdida. No puede perder el objeto aún, lo sigue esperando y creará poder recuperarlo aunque la realidad le indique algo diferente.

Segundo tiempo: un alejamiento, abandono parte por parte de los lazos que lo unen al objeto perdido, ir soltando al objeto con el arrancamiento doloroso que ello supone por la porción de narcisismo que hay en juego en toda elección de objeto.

Tercer tiempo: la libido se retrae hacia el yo, para luego poder dirigirla hacia otros objetos. El sujeto toma rasgos del objeto de manera que pueda así perderlo, "a condición de apropiarse de algo del objeto bajo la forma de la identificación".

Tramitación que requiere de un tiempo cronológico para ser efectuada. Tiempo en que el sujeto se encuentra prácticamente en proceso de duelo que está efectuando. Dicho trabajo que según Freud toma de sí una gran porción de libido.

Freud expone que en algunos casos, en los que encuentra cierta "disposición enfermiza"¹², el trabajo de duelo se detiene en uno de sus tiempos, es decir, que el proceso no prosigue. Se atasca y el duelo no se efectúa presentándose la posible patología.

Por lo tanto, para atravesar un duelo se requiere además de una temporalidad, los recursos simbólicos necesarios para su tramitación, los mismos recursos que tal vez el sujeto podría no tener disponibles. El sujeto al enfrentarse a cada pérdida, tendrá que ejecutar un trabajo que permita hacer ceder a la renegación inicial, para de esta manera dar paso a la posibilidad de perder ese objeto. En dicho proceso podrían ponerse en juego los recursos subjetivos disponibles.

Lacan ubica la función de duelo como "resorte fundamental de la constitución del deseo"¹³, como momento subjetivante en que el sujeto puede acceder a un desarrollo de verdad, nunca absoluta, acerca de los tiempos de constitución del objeto, teniendo en cuenta los límites de la estructura.

Algo del deseo se constituye en cada nueva pérdida, si esto es posible permitirá la inscripción de un nuevo entramado, como creación simbólica que recubra el agujero producido en lo real. Es decir, que en este momento habría una nueva inscripción de la castración.

No hay objeto que pueda colmar al sujeto, por esto, lo que se pierde no es más ni menos que un objeto señuelo del deseo, pero incapaz de colmarlo. Podría suceder que para cada duelo sea necesario acudir a una nueva inscripción de la castración, para poder elevar la pérdida a la categoría de falta, de falta estructural.

Lacan propone una lectura del duelo en el nudo borromeo: un agujero real que produce un desorden en la trama simbólica perdiendo así su localización la falta. Y el dolor del duelo recae sobre un cuerpo imaginario. Es decir que la pérdida es real, ya que el objeto ya no está allí.

Esto desordena de cierta manera el mundo significativo del sujeto en duelo, aunque el sujeto pueda saber qué perdió, en dónde, por qué, y cómo lo perdió, aún no puede inscribir su falta.

Entonces, se trataría de poder perder simbólicamente aquello que se ha perdido en lo real, afectando la propia imagen. Es decir, lo que se podría llamar una segunda pérdida simbólica, una nueva castración.

Este sería un momento de inscripción de un nuevo entramado, que ayuda a ubicar lo simbólico sobre el agujero producido en lo real.

La función de duelo vendría a subjetivar la pérdida producida, a ponerle palabras a aquello que nos sorprendió, lo desconocido.

Es así, que cada duelo reeditará algo de la castración, ya que el primer duelo fundamental en la estructura, es la castración. Cada nueva pérdida reactualizará algo del objeto irremediabilmente perdido, que pone en marcha los procesos de subjetivación.

Lacan en Seminario VI "El deseo y su interpretación", introduce el concepto de función del duelo, destacando la función estructurante del duelo en la constitución del objeto como objeto del deseo.

Dirá que el duelo provoca un "agujero en lo real"¹⁴. Expresión que utiliza para referirse a lo que toca "el tejido de la estructura subjetiva"¹⁵, lo que concierne al punto en el que la subjetividad tambalea. Es un agujero en la existencia, pero la existencia no respecto a su entorno, sino la que tiene que ver con la trama más íntima.

Ese agujero en lo real altera todo el universo significante, la falta pierde su localización y el orden simbólico se desordena, ocasionando un desequilibrio en la estructura subjetiva, quedando el sujeto en una posición de privación.

En el duelo nos encontramos ante una pérdida real de un objeto simbólico, y el agente que la ocasionó (Lacan, 1963) *"en la búsqueda desesperada por adjudicarle a alguien la responsabilidad de la pérdida es puramente imaginario"*¹⁶. Por eso frecuentemente el sujeto le atribuye a alguien la responsabilidad de esa pérdida o se siente a sí mismo como responsable. De ahí la aparición del sentimiento de culpa con que se atormenta.

Es así, que el sujeto deberá realizar una recomposición significativa, que permita cubrir ese agujero insoportable que el duelo produce. El trabajo de duelo implicaría, entonces, un desafío a la estructura del sujeto para recomponer lo simbólico.

En el Seminario X "La angustia", dice Lacan: *"Llevamos luto y sentimos los efectos de la devaluación del duelo, en la medida en que el objeto por el que llevamos luto era, sin que lo supiéramos, aquello que nosotros habíamos constituido como el*

soporte de nuestra castración". Y agrega: "La castración vuelve a nosotros"¹⁷, es decir, el sujeto se encuentra con su falta en ser.

Esto quiere decir, que no se está de duelo por cualquier objeto perdido, sino por aquellos que eran predominantes, que servían como soporte de la falta, es decir, soporte de la castración en el sujeto.

Es por eso que el duelo no será solamente por lo que el objeto amado representaba para el sujeto, sino por el lugar que este ocupaba en su estructura. Lo insustituible no es sólo el objeto perdido sino el lugar de causa del deseo.

Podríamos decir, retomando a Lacan, que no hay objeto sustituto. No es posible sustituir al objeto porque ya es otro.

Además, no es posible sustituir sin pérdida, se puede encontrar otro amor, otro objeto, que evocará algo, pero no es el mismo, siempre está en juego la diferencia, porque es el deseo el que está en juego ahí, y de esta manera el deseo es, por estructura, insatisfecho, porque el objeto está irremediabilmente perdido.

Lacan le otorga al duelo una función que implicaría, más que la sustitución del objeto, un *cambio de posición en el sujeto con relación al objeto perdido*¹⁸.

De esta manera, el duelo tendría como función sustituir esos fenómenos ligados a la inhibición, las alucinaciones y el acting-out, los que se podrían presentar en el primer tiempo del duelo. Pero la finalidad del proceso de duelo sería la recomposición del orden significativo, que permita una *"separación liberadora de la sombra amenazante del objeto, y propicie el acceso a una posición deseante"*¹⁹.

Como ya se lo ha planteado, el duelo que se presenta como reacción frente a una pérdida, supone un traslado, una labor que implica el retiro de la libido de sus vínculos con el objeto perdido.

Según lo expuesto, el duelo implica un agujero en lo real, que moviliza todo el orden simbólico, ya que la desorganización momentánea de la estructura pierde la localización de la falta, por lo cual el sujeto colocado en un lugar de ausencia, en una manifestación de su dolor.

El sujeto en duelo, privado de disponer de la falta sufre una vacilación fantasmática, y en tanto la relación del sujeto con el significante necesita de la estructuración del deseo en el fantasma, como ya sabemos cuando éste se altera se desorganiza la estructura de localización de dicha falta y así lo que falta en lo real aparece en lo imaginario.

Podríamos decir, que para estar de duelo, en primer lugar habría que localizar la falta, nombrarla, y aceptar que algo se ha perdido.

Sin embargo, no se trataría únicamente de saber que se perdió, como ya se mencionó antes, sino saber qué se perdió con la pérdida del objeto, qué tipo de pérdida le hace agujero a lo real del sujeto.

Lacan, en "El deseo y su interpretación" introduce el concepto de función del duelo, destacando *la función estructurante del duelo en la constitución del objeto como objeto del deseo*²⁰. Ese agujero en lo real altera todo el universo significativo, la falta pierde su localización y el orden simbólico se desordena, ocasionando un desequilibrio en la estructura subjetiva, quedando el sujeto en una posición de ausencia.

Diferencia entre Duelo y Angustia:

Lo contrario de la angustia, es el dolor desencadenado por una pérdida reconocida desde lo simbólico en lo real del sujeto. Duelo y angustia se presentan así en una relación inversa. Si durante el transcurso de un duelo aparece angustia, es porque está dando cuenta de una falla en su elaboración (falla que no siempre es patológica, pues es común en las pérdidas recientes que sufren los sujetos, en este caso los pacientes oncológicos).

En la angustia el sujeto no logra sustituir el objeto, vivifica de manera cercana lo real, no logra sustituir ciertos fenómenos como el acting-out, alucinaciones, pasaje al acto, entre otras. El dolor es un índice de que el proceso de simbolización de la falta está en marcha y que se está en el camino de reconocer la ausencia del objeto, separando la libido de cada recuerdo. Es decir, que el sujeto está en proceso de duelo.

Es así que la "Angustia es reacción de peligro ante la pérdida del objeto"²¹, es decir, que de cierta manera el proceso de duelo está cargado de angustia. Al desaparecer ese objeto que era significativo para el sujeto, el sujeto vivifica algo de lo Real. "La primera condición de la angustia es la pérdida de la percepción del objeto"²².

Pero el sujeto que ingresa al proceso de duelo no se queda inmerso o estancado en la angustia, o lo Real, si fuera así, podría estar ingresando a algún tipo de patología. El sujeto en duelo, pone en juego lo simbólico en otro objeto, que venga a sustituir la falta y organizar nuevamente su fantasmática.

Estas dos situaciones, aparentemente opuestas, tienen sin embargo algo en común: en ambos el sujeto está en riesgo. Frente a estas dos coyunturas puede vivificar lo

real. Pero el duelo le sirve al sujeto para poder armar un entramado, para defenderse de dicha angustia, es normal que la misma está presente en las primeras fases del duelo, pero el sujeto en proceso de duelo ya comienza a producir un significante simbólico, que delimite lo real.

Casuística y Conclusiones:

La representación que cada sujeto tiene de su cuerpo es única y esto está ligado a cómo vive o asume su enfermedad.

El cáncer y el tratamiento como tal, afecta a diferentes partes del cuerpo que están llenas de representaciones subjetivas y culturales; por ejemplo, en el caso de las mujeres ciertos tumores están ligados, a la feminidad y a la maternidad. Y en el caso de los hombres están ligados a la virilidad, la masculinidad y la reproducción (aunque esté último también está muy relacionado con el sexo femenino). Y es a partir de la posición en que se encuentra el sujeto, como este vivirá la pérdida al momento de la tramitación de un duelo.

Caso G: Paciente de 69 años, asume que el desarrollo de su cáncer es producto del abandono de su mujer.

Manifiesta en las entrevistas:

"mi mujer me dejó, eso hace que sienta mal mis sentimientos", " mire lo que me paso a mí, también me paso esto (cáncer de colon) por la depresión, por estar solo".

"estoy deprimido, igual a uno le da eso que le llaman depresión, uno piensa, se siente mal, hasta lloré los primeros días".

"estoy bien, me siento tranquilo", "uno tiene que poner buena cara a los problemas, igual me hace sentir mal el abandono de mi mujer, pero hay que salir adelante". En las últimas entrevistas expresa "ya casi no pienso en eso, igual están mis hijas a mi lado, ellas me ayudan", "ya después puedo encontrar cualquier cosita".

Se puede observar como en las primeras entrevistas el paciente se asume como deprimido, hay un proceso de duelo en relación a su pareja. En él, la relación amorosa es el objeto, que debe ser sustituido en la elaboración. En

las primeras fases, el paciente manifestaba querer volver con su esposa y sugiere maneras de poder volver con ella.

El paciente hasta ese momento dice "no querer dejarla", luego ese querer es ambivalente. En las próximas entrevistas, el paciente va apartando los significantes en relación a su pareja, va expresando que es mejor ya no hablar de ella.

Es a partir de las hijas y del pensamiento de una futura relación, que el sujeto va armando un significante del lado de lo simbólico. En el desarrollo de este entramado, se nota en el paciente una reducción de lo que se podrían llamar síntomas depresivos. Este nuevo significante le ayuda a reducir la angustia, ubicando o sustituyéndolo con un nuevo objeto.

Sustituye la relación de pareja, con la relación padre-hijas, la misma que la llama como "una relación más fuerte, ahora que tengo cáncer". Y el vacío de la relación amorosa, la sustituye con una futura relación amorosa "cualquier cosita".

Caso M: Paciente de 52 años, ingresa a cirugía para reconstruir su seno derecho.

Explica "cuando me diagnosticaron cáncer en la mama, se me vino el mundo al piso, pensé que me iba a morir que no iba a volver a ver a mis hijos, los tratamientos fueron demasiados fuertes, me quede flaquita, sin pelo, debilucha, ni las uñas me crecían".

"A pesar de que sé, que mi operación no es riesgosa igual tengo miedo, es esa sensación que tenía cuando tenía el cáncer". Indica "La operación la hago, para poder ponerme la ropa sin preocupación, cosas que a una como mujer le llaman la atención. Y también me ayudara a subirme la autoestima

Indica la paciente "de una u otra forma separada y sin seno, uno sí se siente mal como mujer, espero que con esta operación todo siga como si nada hubiera pasado".

Comenta la paciente "yo a veces me descontrolo, me pongo mal, esto me sucede cuando me veo al espejo, o me pongo cierta ropa con la que no puedo disimular la extirpación de mi seno". Explica la paciente que cuando esto sucede, "se pone a pensar que salió viva de tan grande desgracia, y que se va hacer la operación".

Refiere ella, "yo uso rellenos de silicón, de tela, esos que son como trapos, eso ayuda, pero se mueven, cuando uno suda pican, es horrible, cogen mal olor, ya no quiero pasar por eso, quiero ser quien era antes".

En este caso es importante retomar que se asumen en un duelo aquellos objetos que tienen para el sujeto una importancia significativa. En este caso y en el siguiente (caso F), el seno es para una parte muy importante de su cuerpo, teniendo en cuenta la importancia cultural y social que tienen para la época los senos. Además de la carga libidinal y subjetiva que cada mujer deposita en ellos.

Retomando el caso, vemos que la paciente reacciona frente a la pérdida como morir, y caer. Lo podemos observar como una pérdida de control. Como bien lo menciona la paciente en las entrevistas: "en ese momento no aceptaba que eso me podía estar pasando a mí, por qué a mí, me decía". Hay en un primer momento una no aceptación de la pérdida del objeto.

No hay objeto que pueda colmar al sujeto, la paciente va adquiriendo varios objetos señuelos (*de tela, esos que son como trapos*), que no producen en ella lo que espera.

Se infiere que la "extirpación" del seno en la paciente, produjo en su estructura un agujero que desordenó sus significantes. Agujero que de cierta medida a la paciente le hace toparse con algo de lo real. Ella lo menciona como un "descontrol total", esto le sucedería cuando ella se ve al espejo, o

cuando quiere usar ropa y la misma no le permite disimular la “extirpación” su seno. Vemos como también existe un desorden en lo imaginario de la paciente, se debería tener presente que ella ha armado un significante que le permite “controlarse”, [*que cuando esto sucede, “se pone a pensar que salió viva de tan grande desgracia, y que se va hacer la operación”*].

La paciente ha ido construyendo varios objetos señuelos tratando de recomponer lo simbólico, pero hasta ahora sigue topándose con lo real. Podría inferir entonces, que este objeto perdido, le ha servido a ella como el soporte de castración, es por eso, que la paciente busca de todas las formas posibles, ubicar algo en el objeto que le fue arrancado. Luego de la cirugía reconstructiva no la volví a atender, pero tal vez, esto le sirvió para volver a re-armar su Fantasmática y defenderse de la angustia, no por completo, porque no hay objeto que sustituya por completo al originario y nunca estamos libres de toparnos con la angustia.

Caso F: Paciente de 58 años, la paciente, ya había sido diagnosticado con cáncer a la mama, hace varios años, del cual pudo recuperarse.

Menciona “yo sé que los tumores se producen cuando uno tiene problemas no resueltos, problemas de años”.

Relata “el primer cáncer fue horroroso, me quede delgadita, sin el seno, hasta sin pelo, tuve que ser fuerte y poder aceptar todo lo que me estaba sucediendo, saber que Dios nos tiene un camino bueno marcado, que solo depende de nosotros saberlo caminar”.

“aunque ya pase por esto, tengo miedo de volver a perder las fuerzas, a quedar delgadita, y fuera bueno que sea una flacura saludable, es una flacura fea, que uno no quiere ni verse, ni arreglarse, hacen falta fuerzas”. Continúa “sí hay miedo, porque una se transforma, se le cae el pelo”, “cuando uno entiende que el cabello le crecerá, una toma la situación más tranquila”.

Comenta la paciente "pero en lo que más pienso, no quiero que pase, pero sé que va a pasar, es que me voy a volver a quedar calva, y el pelo a una la hace ver con vida, con luz, mejor ni hablo de eso", agrega en otra entrevista "usted no sabe cómo hacer para que no se caiga el pelo, porque usar peluca no es lo mismo y son caras, y con el pañuelon una se ve más enferma, y todos saben con verla a una de lejos que tiene cáncer"

Algo importante en este caso y en el anterior, es que existen otras pérdidas - corporales-, que no tienen mayor impacto en los sujetos; perdidas que las mencionan constantemente (el cabello, cejas, masa corporal, uñas), pero no las establecerían como una problemática.

En este caso la paciente ya paso por un primer duelo, luego de su operación y recuperación del cáncer mamario. En este caso la paciente ubica al cabello como objeto importante en su imagen corporal.

Explica que para ella el primer cáncer "*fue horroroso*"; "*quede delgadita*", "*sin el seno, hasta sin mi pelo que lo tenía tan lindo*". Algo que no consta en los informes, pero que es importante en este caso, es que la paciente casi siempre usa cabello largo, suelto y en ocasiones adornado con una bisutería.

Infiero que la paciente en el comienzo del tratamiento va procesando un nuevo duelo, en este caso es la pérdida de su cabello, no habla mucho del cáncer actual, manifiesta que ella podrá salir de eso. Pero trae constantemente en su discurso, la preocupación de perder su cabello. Recordemos que se sumirán en proceso de duelo, aquellos objetos que tienen para el sujeto una importancia significativa.

La paciente no acepta la idea de perder su cabello, y busca la manera de que esto no ocurra, por lo que se infiere que se sitúa en las primeras fases del

duelo, la negación. A pesar de esto, en ella ya ha existido dolor por una pérdida, en el primer cáncer perdió su cabello y fue "horroroso".

No hay otros objetos que puedan colmar esta pérdida, señala que el uso de la peluca tal vez no esté a su alcance y que el uso del pañuelo la haría verse enferma.

De cierta manera la paciente ya tiene un armado simbólico, que le ayuda con aquello que perdió y nuevamente perderá, situación que afectará su propia imagen, *explica "cuando uno entiende que el cabello le crecerá, una toma la situación más tranquila"*, es importante tener en cuenta que esta explicación, ella la asume a partir de los dichos de los médicos. Esta explicación le servirá al sujeto para recomponer lo simbólico, hasta que vuelva a ubicarse el objeto perdido.

Se concluye que el cáncer y sus tratamientos producen múltiples pérdidas que generan procesos de duelo en diversas dimensiones de la vida de quien lo padece. El duelo, como trabajo psíquico de elaboración, permite ante la enfermedad la reconstrucción afectiva y la resignificación de la vida; en algunos casos, sin embargo, el sujeto se detiene en el dolor por lo perdido, lo que le impide situarse de una nueva forma ante sí mismo y frente al otro.

Notas:

- ¹ Freud S., Duelo y Melancolía, en Obras Completas, Tomo II, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1973 (traducción de López Ballesteros).
- ² Kernberg Otto. Teoría de la Relaciones objetales y psicoanálisis clínico. Paidós. Argentina. 1979.
- ³ Freud S., Duelo y Melancolía, en Obras Completas, Tomo II, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1968 (traducción de López Ballesteros).
- ⁴ <http://www.cartapsi.org/spip.php?article8>
- ⁵ <http://www.cartapsi.org/spip.php?article8>
- ⁶ Freud S., Duelo y Melancolía, en Obras Completas, Tomo II, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1973 (traducción de López Ballesteros).
- ⁷ Freud S., Duelo y Melancolía, en Obras Completas, Tomo II, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1973 (traducción de López Ballesteros).
- ⁸ Freud S., Duelo y Melancolía, en Obras Completas, Tomo II, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1973 (traducción de López Ballesteros).
- ⁹ Freud S., Duelo y Melancolía, en Obras Completas, Tomo II, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1973 (traducción de López Ballesteros).
- ¹⁰ Freud S., Duelo y Melancolía, en Obras Completas, Tomo II, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1973 (traducción de López Ballesteros).
- ¹¹ Freud S., Duelo y Melancolía, en Obras Completas, Tomo II, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1973 (traducción de López Ballesteros).
- ¹² Freud S., Duelo y Melancolía, en Obras Completas, Tomo II, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1973 (traducción de López Ballesteros). Freud, S. (1917) "*Duelo y Melancolía*". Obras completas
- ¹³ <http://www.cartapsi.org/spip.php?article8>
- ¹⁴ Jaques Lacan, Seminario VI, El Deseo y su interpretación - pdf
- ¹⁵ Jaques Lacan, Seminario VI, El Deseo y su interpretación - pdf
- ¹⁶ Jacques Lacan, El Seminario, Libro X, La angustia, Editorial Paidós
- ¹⁷ Jacques Lacan, El Seminario, Libro X, La angustia, Editorial Paidós
- ¹⁸ Jacques Lacan, El Seminario, Libro X, La angustia, Editorial Paidós
- ¹⁹ <http://www.cartapsi.org/spip.php?article8>
- ²⁰ Jaques Lacan, Seminario VI, El Deseo y su interpretación - pdf
- ²¹ Freud S., "Inhibición, síntoma y angustia", en Obras Completas, Tomo III, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1973 (traducción de López Ballesteros).
- ²² Freud S., "Inhibición, síntoma y angustia", en Obras Completas, Tomo III, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1973 (traducción de López Ballesteros).

Bibliografía:

Libros

Freud S., Duelo y Melancolía, en Obras Completas, Tomo II, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1973 (traducción de López Ballesteros).

Freud S., "Inhibición, síntoma y angustia", en Obras Completas, Tomo III, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1973 (traducción de López Ballesteros)

Jaques Lacan, Seminario VI, El Deseo y su interpretación – pdf

Jacques Lacan, El Seminario, Libro X, La angustia, Editorial Paidos

Kernberg Otto. Teoría de la Relaciones objetales y psicoanálisis clínico. Paidos. Argentina. 1979.

Diccionarios

Chemama Roland, Diccionario De Psicoanálisis, Del Serbal, España, 2004.

Elizabeth Roudinesco y Michel Plon, Diccionario de psicoanálisis de Psicoanálisis, Paidos, Argentina 2009 - pdf

Pagina web

<http://www.cartapsi.org/spip.php?article8>

10

Informes

clínicos

(A continuación se encuentran diez informes clínicos, cada uno corresponde a un mes, entre el periodo de mayo – febrero del 2011)

INFORME PSICOLÓGICO

Sexo: Femenino

Edad: 38 años

Número de Entrevistas: 2

DESCRIPCIÓN:

La paciente refiere "tengo miedo porque es la primera vez que me voy a operar (a la vesícula)", "pero no se ha que le tengo miedo". Luego elabora en relación a la enfermedad y menciona "no se porque estoy así, creo que el miedo es porque no se como va hacer la operación, si me van a abrir todita, si me van a dormir una parte o toda".

Narra la paciente que hace diez años estuvo ya internada en SOLCA, por una leucemia crónica. Manifiesta en relación a la leucemia "Yo estuve bien enfermera, estaba bien delgada, me desahuciaron, ósea que ya no iba a vivir".

Según la paciente al recibir la noticia de que se iba a morir salió del hospital y camino sin rumbo, hasta que le dolieron los pies. Dice "luego que me dijeron que ya no tenia salvación, que tenía que esperar la muerte camine por esa calle largota, estaba sin zapatos. Ya entre en sí cuando me dolieron los pies".

Expresa "creo que yo no me morí porque luche por mis hijos, no los podía dejar solos, ellos estaban pequeños, tenía que ver por ellos". La paciente indica "soy madre soltera <no habla en relación ha eso>, tengo tres niños, trabajo duro para poderlos mantener, mi padre me ayuda, él los cuida mientras yo no estoy en la casa"

MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente habla en relación al miedo desconocido que tiene por ser operada. Miedo que se observa en sus gesticulaciones y discurso.

POSICIÓN SUBJETIVA:

La paciente expresa y recuerda varios momentos en donde se encuentra con la angustia. La narra a través de una historia, se topa con el miedo a morir cuando le dicen que esta desahuciada. Ante esto el "irse en sí", le sirve como una respuesta ante la angustia, luego elaborará la "lucha por mis hijos", como una manera de sobrellevar la idea de muerte.

De cierta manera su problema si la interroga, ya que expresa “no se porque estoy así” y esto la lleva ha elaborar una respuesta ha ese miedo sin nombre “creo que el miedo es porque no se como va hacer la operación, si me van ha abrir todita, si me van a dormir una parte o toda”.

COMENTARIO:

La paciente logro elaborar dos campos manifiestos, en un primer momento habla de su operación, “tengo miedo porque es la primera vez que me voy ha operar (a la vesícula)”. En el discurso se observa que la paciente se encuentra angustiada, el miedo no encuentra palabras. “pero no se ha que le tengo miedo”. Luego comenta y trata de armar una respuesta a su miedo, lo que permite entrar a otro campo.

Manifiesta “soy madre soltera tengo tres niños, trabajo duro para poderlos mantener, mi padre me ayuda, él los cuida mientras yo no estoy en la casa”. Además, habla de su lucha contra la muerte, por no dejar a sus hijos solos. Y comenta el periodo que se encontró dentro de Solca, por una leucemia crónica.

Es decir, la paciente logra expresar varios campos, habla de su enfermedad, de su situación actual, narra una historia que le sucedió luego de ser desahuciada.

A pesar de las pocas entrevistas, y de la dificultad médica que tuvo en la segunda, la paciente puedo elaborar algo en relación a su enfermedad, de su historia y su situación actual. Si se hubiera podido mantener más entrevistas, tal vez, se hubiera llegado ha un mejor trabajo clínico.

INFORME PSICOLÓGICO

Sexo: Femenino

Edad: 50 años

Número de Entrevistas: 5

Motivo de Consulta:

La paciente manifiesta en su discurso una constante queja, la misma, que está dirigida hacia los otros. La queja sería para la sujeto una especie de articulación, que le serviría para disimular aquello que lo perturba.

Descripción:

Es la primera vez que la paciente ingresa a SOLCA, para recibir quimioterapia. Es cuidada por su hermana y su única hija, quien se turna con su tía para dormir en el hospital. Vive en la casa de su madre.

La paciente refiere "Yo soy una mujer solidaria. Cuando yo trabajaba lo poco que tenía le daba a las demás personas". Se le pregunta a la paciente, ¿cuáles son las demás personas?, ella indica "Mi hermana y sus hijos, yo siempre les ayudaba a ellos, porque su esposo era malo y los hacía pasar necesidades". Luego, comenta "Tantas cosas que yo hice por mi hermana, sí muchas cosas. Y ella ahora es mala conmigo, está cansada de mí".

Expresa la paciente "Ella (refiriéndose a su hermana) está cansada de cuidarme, creo que es por sus hijos. Tuvo tres hijos a los que no supo criar, son malcriados, no estudiaron, no tienen una vida formada". Manifiesta "es por eso que mi hermana no me quiere, porque mi hija si estudió, trabaja, está en la universidad, en cambio sus hijos no aprovecharon".

La paciente señala "ella me ha dicho que ya está cansada de mí, de cuidarme, me ha dicho que ya quiere que me cure", añade "pero que puedo hacer yo, ella es mi hermana tiene que cuidarme, mi hija no puede porque ella trabaja, mi madre no puede porque ella es enferma". Después indica "lo que pasa es que a ella nunca le gusto tener responsabilidades, siempre querían que le hagan las cosas, de soltera era vaguísima, todo se lo hacía mi madre".

Expone "mi hermana no quiere a mi hija, le ha cogido odio, me dice que es ella (refiriéndose a su hija) quien tiene que hacerse cargo de mí, que es su responsabilidad, pero realmente la responsabilidad es de mi hermana, porque ella es mi sangre. Yo no puede frustrar la vida de mi hija, ella estudia, hace sus pasantías de la universidad". Refiere "mi hermana no se parece a mí, yo soy

solidaria, pero ella igual tiene rencor conmigo, pero eso se lo perdono porque yo soy humana. Ella (refiriéndose a su hermana) es así conmigo porque siempre le ha gustado que la atiendan, y ahora yo soy la atendida por mi enfermedad”.

En otra entrevista relata la paciente “aquí (refiriéndose al hospital) a una no la atienden bien, hay que estar llamando para que la tomen en cuenta, si estuviera sola no se qué sería de mí”. Dice “Hay unas doctoras aquí, que solo medio hablan y se van, no se preocupan realmente por uno, tengo un dolor en la barriga y me dicen que es normal por estos aparatos (quimio)”.

La paciente manifiesta “yo quiero mucho a mi hija, pero ella no me considera, quisiera que le digan que tiene que querer a su madre, cuidarla, más que todo ahora que estoy enferma. Yo entiendo que ella tiene que estudiar y trabajar, porque eso es lo único que nos saca adelante, pero la madre es más importante que eso”.

Refiere la paciente en relación a su enfermedad “Esto es una prueba que Dios me ha puesto en mi camino, yo se que luchando podre salir de esto. Yo tenía una vida antes de la enfermedad, ahora tengo una nueva vida”.

Posición Subjetiva:

La paciente puede manejar el tema de su enfermedad, aunque no se queda fijada en ella, ya que puede elaborar sin problema otros campos manifiestos. Habla de su familia, de su hermana, de su hija, de sus sobrinos, de su madre. Su queja de igual manera está dirigida hacia algunos personajes, “doctoras”, su hija, su hermana.

La paciente logra relatar pequeñas historias en el desarrollo de sus entrevistas, que están relacionadas con su queja.

Uno de estos relatos es cuando recuerda, que en el tiempo que ella y su hermana eran solteras, su hermana era “vaguísima”, “nunca le gusto tener responsabilidades”. Luego, dice en otra entrevista que “la responsabilidad -de cuidarme- es de mi hermana”.

En la paciente la queja es un llamado hacia el otro, en una queja realizada hacia el hospital menciona “Aquí a una no la atienden bien, hay que estar llamando para que la tomen en cuenta”. Las “doctoras aquí, solo medio hablan y se van, no se preocupan realmente por uno”. Además, la queja a la paciente le sirve como una forma de poder ser reconocida, “Yo quiero mucho a mi hija, pero ella no me considera, quisiera que le digan que tiene que querer a su madre, cuidarla, más que todo ahora que estoy enferma”.

Informe Psicológico

Sexo: Masculino

Edad: 69 años

Número de Entrevistas: 8

Motivo de Consulta:

El paciente es entrevistado por "no sentirse tan bien". Malestar que no está relacionado según el relato del paciente a su enfermedad, sino a sus "sentimientos".

Descripción:

Refiere el paciente "me operaron del colon porque tenía un tumorcito", explica "me han dicho que eso sale por depresión".

Es la segunda quimio que el paciente recibe como parte de un tratamiento de cáncer de colon.

Dice el paciente "Yo me siento bien, los sueros no me hacen sentir nada, es que yo también como bien, tomo jugos, frutas". Menciona el entrevistado "No tengo casi dolor, apenas un dolorcito cuando me da ganas de ir al baño, pero me dijo el doctor que es normal".

Manifiesta "Yo sí creo que fue por depresión, porque mi mujer me dejó, eso hace que sienta mal mis sentimientos", narra el paciente "ella me abandono, se enfermo de eso que a las mujeres les da cuando ya están viejitas (menopausia). Se puso como loquita, primero no quería dormir conmigo, luego ya no quería ni que le hable ni nada, hasta que se fue de la casa".

Indica en otras de las entrevistas el paciente "Cuando mi mujer le dio la menopausia yo la hice ver del médico, busque algunas maneras para que no se ponga así, la lleve al naturista, di su nombre para que recen por ella, algunas cosas". Luego señala, "Y mire lo que me paso a mí, también me paso esto por la depresión, por estar solo, por la soledad, uno necesita una compañía más que todo cuando sus hijos ya no están en la casa de uno".

Refiere el paciente "estoy bien, me siento tranquilo, no he sentido ni dolor, por ahí me dio algo fuerte en la barriga pero era por comer algo que no debía". Después expone "uno tiene que poner buena cara a los problemas, igual me hace sentir mal el abandono de mi mujer, pero hay que salir adelante". Explica "ahorita una hija me vino a cuidar, a mi no me gusta estar pidiendo favores, mire que mi mujer ni se ha preocupado por saber como estoy, o por venir a cuidarme".

Manifiesta el entrevistado "ya lo de mi mujer esta aplanado, ya la relación con ella ya está olvidada, ya ni hablamos, si por mi enfermedad no se ha preocupado peor después". Explica el paciente "Ya voy a tratar de no preocuparme por regresar con mi mujer, porque eso me puede hacer mal, después se me puede complicar mi enfermedad, si por las preocupaciones, por mis sentimientos me dio esto". Luego dice "no es que me voy a olvidar, porque uno igual se siente mal, pero ya voy a tratar de no pensar en eso, porque imagínese si así nomas esto (refiriéndose al cáncer), si sigo así capaz hasta me muero por depresión"

Posición Subjetiva:

El paciente de cierta manera encuentra una respuesta al origen de su enfermedad. Es decir, que para él "la depresión" que tiene es producto del "abandono" de su mujer. Y es la depresión la que desarrollo en él el cáncer.

Habla sin ningún inconveniente de su enfermedad, en todas las entrevistas la llama "mi enfermedad", podríamos decir que la asumido sin mayor problemática. Comenta que no ha tenido los síntomas que suelen desarrollarse al recibir quimioterapia, no se queja de dolores.

Además, en las entrevistas menciona a sus hijas, a sus amigos, su trabajo. Es decir, que el paciente habla de varios campos manifiestos sin ninguna dificultad.

De cierta manera para el paciente el "abandono" es una problemática, ya que aun él se siente "mal", y esto afecta a sus "sentimientos". También menciona a este malestar como depresión, él narra el por qué de la problemática en el desarrollo de las entrevistas. Pero dentro de esta narración se encuentra un conflicto, que posiblemente lo llevaría a interrogarse.

Comentario:

No se encuentra una dificultad en la elaboración del paciente. Ya que da una significación, determina el origen, la etiología, la causa de su enfermedad somática. Luego elabora un "no pensar" en su malestar (abandono de su mujer), ya que esto podría dificultar el cáncer o llevarlo a la muerte.

También podríamos pensar que estas respuestas que arma el paciente, le sirven como una defensa ante el miedo o la angustia, que suelen presentarse en una patología como el cáncer.

Informe Psicológico

Datos de filiación:

Edad: 51 años

Sexo: femenino

Numero de entrevistas: 3

Diagnóstico Médico:

La paciente presenta tumor cerebral, además de una fractura en el pulgar derecho. Según la paciente el “hablar” con el psicólogo le servía par “poder decir” las “cosas” que le daban “miedo” de “comentarle” a sus hijas.

Desarrollo:

La paciente expresa constantemente que enviudó a los 42 años, su esposo murió de diabetes. Tiene seis hijos, dos viven con ella. Es parte de un grupo de oración católica, que se reúne dos días por semana para leer la biblia, además es maestra de catequesis. Durante “muchos años” se dedicó a coser para “poder mantener a sus hijos”. Dejó esta profesión porque sus hijos “ya podían subsistir solos”, en la actualidad lo hace cuando tiene tiempo libre.

Menciona la paciente “yo no me quejo de mis hijos son muy buenos, todos tienen su profesión, estudiaron, aprovecharon”.

La paciente expresa que tiene muy buenos recuerdos de su madre, refiere “mi madre era muy buena siempre nos aconsejaba a mí y a mi hermana”, en relación a su padre comenta “de mi papá no me recuerdo mucho porque él nos dejó cuando yo tenía 4 años”.

La hija que vive con ella, enviudó hace 8 años, es a partir de este suceso que su hija deja la casa en la que vivía junto a su esposo y su hijo, y decide irse a vivir con su madre.

Según la paciente la enfermedad de su esposo fue un “calvario”, ya que él ingresó “reiteradamente” al hospital por doce años, explica que era ella quien “vivía constantemente a su lado” y estaba pendiente de los cuidados médicos que el necesitaba.

La paciente desconoce de su patología, ya que sus hijos han decidido "ocultárselo". Luego de sufrir una caída que le provocó una hemorragia perimesencefálica, sus hijos se enteran que tiene cáncer. Ella mencionaba que se encontraba hospitalizada por unos "hematomas", que tenía en el "cerebro" y que eran producto de su caída.

Menciona que ella nunca había estado hospitalizada, además, alega que los hospitales le dan pena porque recuerda cuando su esposo estaba enfermo.

Comenta que no quiere decirles a sus hijos que tiene miedo de morir, porque no quiere preocuparlos. Refiere "a mi me da miedo pensar que moriré como mi marido, yo quisiera morir de una forma más tranquila, él sufrió mucho".

Según la paciente el "poder de Dios" le dará las fuerzas necesarias para "seguir adelante", dice "Dios es mi padre salvador, todo lo puede, ¿aunque a veces como que no escucha verdad?", "él es un padre misericordioso que ve a sus hijos con piedad, cuando uno le pide con corazón". Expresa Celina que ella le pide a Dios a través de los rezos que la ayude a poder ser la mujer ágil que era antes.

Posición Subjetiva:

La paciente presenta angustiada ante la idea de muerte que le produce su estado fisiológico, tiene "miedo" que su muerte sea un "calvario", como lo fue la de su esposo. Se podría inferir que su enfermedad ha revivido la situación del fallecimiento de su marido, esto la angustia, ya que la muerte deja una huella insoportable, que no puede representarse.

Según la paciente el hablar "la tranquiliza y puede contar sus miedos". Para ella su problemática se encuentra en permanecer en el hospital, ya que le recuerda "el calvario" que fue la enfermedad de su esposo.

La paciente puede manifestar varios campos manifiestos, logra hablar de su historia infantil, de su esposo, de sus hijos, y su historia actual.

Comentario:

Se recomienda que la paciente continúe con sus actividades religiosas. Al no poder leer por recomendaciones del médico, puede buscar otras maneras de integrarse al grupo que ella frecuenta.

Además, se recomienda que siga con un trabajo psicoterapéutico, ya que en este espacio puede expresar los miedos y preocupaciones que ella presenta.

Informe Psicológico

Datos de filiación:

Sexo: Femenino

Edad: 27 años

Entrevistas: 4

Motivo de Consulta:

Es ingresada por presentar dolores en el vientre, la paciente hace cinco meses dio a luz en la maternidad, de ahí la derivaron a SOLCA, pero por falta de recursos económico no se quedó ingresada. Según ella los doctores a última hora decidieron realizarle una intervención quirúrgica, por complicaciones que está presentando. Es derivada de UCI a psicología, por presentar un cuadro leve depresivo. La paciente ante el motivo de consulta psicológica, manifiesta que es bueno hablar y que no sabe sobre los cuidados del cáncer.

Desarrollo:

La paciente vivía con su madre, padre y hermanos en Yaguachi hasta los 18 años, luego vino a vivir en Guayaquil por motivo de trabajo. Actualmente reside con el abuelo de su esposo, la paciente es madre primeriza y manifiesta "que no sabe cuidar recién nacidos", además expresa "sí no se cuidar a mi hijo, mucho menos ahora cuidarme yo que tengo cáncer".

La paciente es casada hace dos años, se estaba cuidando con pastilla para no quedar embarazada, pus según ella "ya le habían dicho cuando era niña que no iba a poder tener hijos". Manifiesta que además "tenía un quiste en el seno y que los médicos le suspendieron el uso de los anticonceptivos porque le estaba creciendo el quiste". La paciente indica que "no sabe que cuidados tendrá que tener ella, ni como hará para criar a su niño". Es por eso que según la paciente, ha pensado dejarlo con la madre.

Además, constantemente en las entrevistas menciona "no sé qué será de mí, los doctores me dicen que estoy bien, pero yo siento que no es así", Además, agrega

“tengo miedo de no volver a ver a mi hijo, por este problema no le voy a poder ni dar la teta”.

La paciente no vive con su esposo, él reside en Yaguachi, manifiesta “yo con él realmente no tengo una buena relación, él fue muy malo conmigo”, “su papá es diferente, yo no sé porque él es así, el papá de mi esposo me considera mucho, y le da pena ver como me trataba su hijo, por eso yo me vine a vivir con él (refiriéndose a su suegro)”

Enuncia la paciente “en las noches me pongo mal, a veces me pongo a llorar, me pongo a pensar que mi familia esta allá (yaguachi)”. Comenta “a veces no puedo ponerme mal o llorar, porque aquí todos los doctores le comienzan a preguntar porque uno llora, pero en ocasiones hace bien llorar porque relaja”.

Posición subjetiva:

La paciente de cierta forma conoce su problemática, tiene una idea del porqué “llora”. Puede moverse en varios campos manifiestos, no habla solo de su enfermedad, habla de su familia, de la relación con su esposo, de su hijo.

Presenta además cierta angustia que se manifiesta con el no poder dormir en las noches, aunque según su discurso, el “llorar” es para ella una manera de equilibrio a su problemática.

Comentario:

Es necesario que se siga trabajando con la paciente en los ingresos posteriores a la institución médica, pues existen en ella ciertos significantes que siempre trae a colación en las entrevistas, como el miedo, la imposibilidad de su maternidad producto de su enfermedad, entre otros. Durante las entrevistas la misma, se presentó dispuesta al trabajo.

con su hija mayor. Lo que según la paciente está tratando de corregir, abrazándolas más, diciéndoles cosas bonitas.

La paciente hace tres meses se enteró que tiene un tumor en el cerebelo, al cual ella lo llama "manchita", del cual no sabe si es maligno o benigno, ya que no le pueden hacer una biopsia porque se encuentra en un lugar de riesgosa intervención quirúrgica.

Esto y las complicaciones que se podrían presentar en una operación la hacen pensar que puede estar cerca del "punto final" como ella lo significa. Expresa "tengo varios días viniendo aquí y el tiempo sigue su curso", según ella, esto hace que sienta más la enfermedad, ya que antes tenía la capacidad de moverse a donde ella quería y ahora cuando no toma la medicina tiene que permanecer acostada en su cama. Según la paciente a pesar de tomar las medicinas, solo sale al hospital y siempre acompañada.

Expresa "A pesar de todos mis problemas y las cosas malas de mi vida, yo siempre ando con dios, y siempre lo visito, es eso lo que me da ganas y fuerzas para pararme".

Posición subjetiva:

La paciente se muestra de cierta manera angustiada frente a lo desconocido que se le presenta como un tumor en el cerebelo. Se preocupa, ya que tiene una hija pequeña, un esposo al que ella describe como dependiente y el miedo que tiene a morir. Trata de disminuir su miedo refugiándose en la religión.

En la paciente la idea de muerte se presentifica como el "punto final". Este suceso ha hecho que ella reflexione sobre lo que ha sido su vida y salgan a "relucir culpas", pensamientos, sucesos infantiles que según ella le han estado afectando, los mismos que ella cree que debe de despojarse para poder estar tranquila.

Comentario:

La paciente se muestra con disposición al trabajo, logra dar cuenta de varios campos manifiestos, no tiene inconvenientes en elaborar su historia. Además, puede hablar y expone su problemática haciendo que de cierta manera ella se interrogue sobre la misma.

Se recomienda trabajar con la paciente en sus ideas de muerte, así como también con otros temas que han surgido en el desarrollo del trabajo, los mismos que se consideran de gran importancia, como son, el abuso sexual que sufrió, los miedos que presenta actualmente, entre otros.

INFORME PSICOLÓGICO

Sexo: Femenino

Edad: 52 años

Número de Entrevistas: 3

Motivo de Consulta:

La paciente a pesar de mencionar que no tenía ningún problema luego de la extirpación de seno, pide ser operada para reconstruirle su seno derecho, dice "sentir miedo", pero dicha operación "la haría sentirse mejor". Le permitirá poderse poner cosas de mujer y le ayudará con su autoestima.

Descripción:

La paciente va a hacer intervenida para una cirugía plástica reconstructiva del seno derecho.

Refiere "Yo no había estado antes en Solca, mi tratamiento fue particular, me daba miedo venir aquí", indica la paciente "incluso para venir a hacerme este cirugía me daba cierto miedo, pero al final me decidí".

Comenta "Creo que la operación es necesaria para sentirme mejor, a pesar de que tengo miedo estoy más tranquila, lo que pasé con el cáncer de cierta manera me ayudo a coger fuerzas", explica "cuando me diagnosticaron cáncer en la mama, se me vino el mundo al piso, pensé que me iba a morir que no iba a volver a ver a mis hijos, los tratamientos fueron demasiados fuertes me quede flaquita, sin pelo, debilucha, ni las uñas me crecían". "Luego de que los doctores me dijeron que ya estaba controlado el tumor, me quede sin pelo, sin seno, fue duro aceptar esa etapa de mi vida".

Manifiesta la paciente "A pesar de que sé, que mi operación no es riesgosa igual tengo miedo, es esa sensación que tenía cuando tenía el cáncer". Indica "La operación la hago no por vanidad, sino para sentirme mejor, para poder ponerme la ropa sin preocupación, cosas que a una como mujer le llaman la atención. Y también me ayudara a subirme la autoestima".

Expresa la paciente que ella actualmente tiene "otras metas", refiere "mis hijos (tres hijos varones) ya están grandes, todos son preparados, no tengo problemas con ellos, solo que el menor no quiere tener hijos y su esposa piensan igual. Eso me pone a veces a pensar, porque es necesario que ellos tengan sus hijos, aunque sea uno". Expone "los hijos son nuestro apoyo, imagínese que hubiera sido de mí sin

mis hijos, porque en esos momentos la familia se aleja de uno, vienen de vez en cuando, visitan pero no tienen la misma preocupación que sus hijos”, “los hijos son para siempre, la pareja no”.

Dice la entrevistada “yo sufrí mucho con mi esposo, pero nunca demostré como me sentía”, “cuando me enferme él era como si no hubiera pasado nada, no le importaba como estaba, él vivía su vida, de eso prefiero no hablar mejor es tenerlo enterrado.”

Indica la paciente “de una u otra forma separada y sin seno, uno sí se siente mal como mujer, espero que con esta operación todo siga como si nada hubiera pasado”. Según la paciente “a veces las mujeres son más fuertes, de lo que son los hombres, porque el hombre reniega, grita”, “en cambio, una tiene que sufrir en silencio, para que los hijos no se enteren, para que no sufran más viendo a su madre sufrir”.

Comenta la paciente “yo a veces me descontrolo totalmente, me pongo mal, esto me sucede cuando me veo al espejo, o me pongo cierta ropa con la que no puedo disimular la extirpación de mi seno”. Explica la paciente que cuando esto sucede, “se pone a pensar que salió viva de tan grande desgracia, y que se va hacer la operación”, según ella eso la “alienta” y se “mejora”.

Refiere ella, “yo uso rellenos de silicón, *de tela, esos que son como trapos*, eso ayuda, pero se mueven, cuando uno suda pican, es horrible, cogen mal olor, ya no quiero pasar por eso, quiero ser quien era antes”. Manifiesta “un tiempo estuve deprimida y me mandaron a tomar una pastillita para poder dormir, pero con ayuda de mis hijos las deje, aunque en ocasiones las tomaba a escondida, y ellos se daban cuenta porque me despertaba bien tarde”. Expone la paciente que ante esto la llevaron donde el médico, el mismo que le dijo que “sí esto la ayudaría a no ponerme mejor, que se haga la operación”.

Posición Subjetiva:

La paciente logra hablar de su problemática, si bien expone que se encuentra bien, luego de haberse recuperado del cáncer al seno, manifiesta una cierta inconformidad con su cuerpo. Se podría decir, que existe en ella una incomodidad femenina, algo que en ciertos momentos la angustia y hacen que se vivencie en este sujeto una mutilación del deseo, al querer algo en su cuerpo que no encuentra. Ese algo que no está, ese algo que los otros objetos no logran sustituir.

Si bien es cierto que lo expuesto por la paciente se moviliza en varios campos manifiestos, y llega a poder elaborar algo en las cortas entrevistas. Existe en ella algo que la obstaculiza, cuando comienza hablar de su imagen frente a otros o frente al espejo, se angustia y cambia su discurso.

Comentario:

La paciente se mostró dispuesta durante las entrevistas. Es necesario que la paciente siga trabajando esa pérdida corporal que vivenció. Ya que de cierta manera hay una dificultad en su posición subjetiva, tal vez luego de la operación siga evidenciando la angustia, que le provoca ver su cuerpo. Por lo que debería trabajar el verdadero origen de su incomodidad corporal que está ligada a ese seno perdido.

INFORME PSICOLÓGICO

Sexo: Femenino

Edad: 58 años

Número de Entrevistas: 5

Motivo de Consulta:

La paciente es derivada del área de nutrición, ya que descartan que los “temblores” estén ligados a la disminución de glóbulos rojos. Asumen que la paciente presenta síndrome de abstinencia, ya que está dejando un medicamento que es para “prevenir el insomnio”.

Descripción:

La paciente se encuentra diagnosticada con cáncer de útero.

En la primera entrevista explica la paciente, que ella “ya había tenido cáncer a la mama”. Menciona “yo sé que los tumores se producen cuando uno tiene problemas no resueltos, problemas de años”.

Refiere “yo sé que si pude salir del primer cáncer, voy a poder salir de este, todo depende de mí”. Según la paciente para poder sanar su primer cáncer, tuvo que “sanar problemas con su madre”. Manifiesta “yo ayudo a personas que están pasando por lo mismo, les digo que se perdonen ellos y perdonen a las personas que les hayan podido hacer daño en su vida, que eso les ayudará, pero me he estado engañando yo misma, he estado fabricando otro aquí abajo (refiriéndose al cáncer, señalando su vientre)”.

Historisa la paciente “cuando era pequeña siempre tuve problemas con mi madre, ella era muy fregada, muy recta, siempre tenía roses con ella, era una relación rara, era mi madre pero a la vez era una extraña. No solamente era así conmigo, con todos mis hermanos fue igual”, agrega a su relato “cuando yo ya me casé a veces la llamaba para ver como estaba, pero yo me sentía rara, eran unas conversaciones secas, no eran conversaciones de madre a hija”.

Según la paciente hay varios “inconvenientes” con su “madre”, que aun no logra “sanar”, pero nunca los menciona en las entrevistas. Dice “yo pensé que había sanado todos los inconvenientes con mi madre, en el primer diagnostico yo la llame, le conté, le pedí perdón, le dije que yo la perdonaba y eso me ayudo bastante, a partir de ese momento tuve fuerzas para recuperarme”.

Luego, en otra entrevista expone la paciente “me he dado cuenta que por mi parte, todo ese perdón que nos dimos, era solo superficial, porque inconscientemente aun no he logrado perdonarla, es por eso que nunca logre curarme del cáncer, lo que he hecho es trasladarlo a otro lugar”.

Según la paciente ella nunca fue como su madre, con sus hijos, explica “yo a mis hijos siempre les di afecto, cariño, hice que se sientan seguros, que cuenten conmigo, gracias a dios me casé con un buen hombre, que siempre fue un buen padre y un buen marido”.

Refiere la paciente “ya quiero quitar de mi cuerpo todo ese odio inconsciente, inconsciente porque yo no lo siento, pero sé que está ahí”, “para poder sanarme por completo”.

Relata “el primer cáncer fue horroroso, me quede delgadita, sin el seno, hasta sin pelo que lo tenía tan lindo, tuve que ser fuerte y poder aceptar todo lo que me estaba sucediendo, saber que Dios nos tiene un camino bueno marcado, que solo depende de nosotros saberlo caminar”. Después agrega la paciente “aunque una no queda igual, una sabe que ya no es la misma, igual hay que estar agradecida de seguir con vida”.

En las últimas entrevistas la paciente expresaba que ya estaba resolviendo los inconvenientes con su madre, mencionó “yo sé que con eso descargaré lo malo de mi cuerpo, aunque igual tengan que operarme o ponerme quimio. Al principio uno no quiere, pero luego lo acepta, tengo que entender que todo fue producto mío, y yo mismo tengo que sanarlo”.

Refiere la paciente “aunque ya pase por esto, tengo miedo de volver a perder las fuerzas, a quedar delgadita, y fuera bueno que sea una flacura saludable, es una flacura fea, que uno no quiere ni verse, ni arreglarse, hacen falta fuerzas”. Continúa con su relato “sí hay miedo, porque una se transforma, se le cae el pelo, las cejas, primero es horroroso, pero luego cuando uno entiende que el cabello le crecerá, una toma la situación más tranquila”.

Comenta la paciente “pero en lo que más pienso y no quiero que pase, pero sé que va a pasar, es que me voy a volver a quedar calva, y el pelo a una la hace ver con vida, con luz, mejor ni hablo de eso”, agrega en otra entrevista “usted no sabe cómo hacer para que no se caiga el pelo, porque usar peluca no es lo mismo y son caras, y con el pañuelon una se ve más enferma, todos saben con verla a una de lejos que tiene cáncer”.

Posición Subjetiva:

La paciente conoce y plantea su problemática a través de las entrevistas. Puede situarse en varios campos manifiestos. Es capaz de desarrollar un relato de su historia sin ningún inconveniente.

La paciente se mostró dispuesta al trabajo y es así que logra elaborar, pero hay algo en ella que la obstaculiza el trabajo, algo que está relacionado a los "inconvenientes" con su madre.

Comentario:

La paciente nunca mencionó el medicamento para "prevenir el insomnio". Solo lo hizo para explicar, el porqué había sido derivada al departamento de psicología.

Se recomienda que la paciente siga siendo atendida por psicología, como se lo ha venido haciendo durante las sesiones.

INFORME PSICOLÓGICO

Sexo: Masculino

Edad: 17 años

Número de Entrevistas: 9

Motivo de Consulta:

El paciente presenta el diagnóstico de leucemia, lo que hace que permanezca varias semanas internado para recibir el tratamiento. Él es derivado por un médico del área, ya que según el médico por la temporalidad de su tratamiento, sería necesario que sea tratado por el servicio.

Descripción:

Refiere el paciente "aquí me siento bien, pero a veces me siento solo, me hacen falta mis hermanos, mis primos. A veces los doctores me dicen que podría ir a mi casa por 3 días, pero mi ma dice que prefiere que me quede, porque más gasta en el viaje hasta nuestra casa, también porque tiene miedo que me pase algo en el viaje".

Expresa "hay días que me siento bien, pero hay días que me siento mal, yo tenía pensado otras cosas para mi vida, yo estaba en el pre de la universidad cuando comencé a sentirme mal, con desmayos, me daba fiebre, primero pensaron que era dengue, pero no era, entonces me mandaron al Hospital Guayaquil y de ahí me dijeron que tenía que venir a Solca, porque por poquito ya no tenía sangre".

Manifiesta el paciente "lo que tenía pensado para mí era, comenzar a estudiar en la universidad, seguir viendo a mis amigos, luego ayudar a mi ma encontrando algún trabajito, pero ya pues me paso esto. Cuando recién ingrese me sentía súper mal, pensé que me iba a morir, porque las caras de los doctores de los otros hospitales eran cara de asustados".

Explica "en los primeros sueros (refiriéndose a la quimioterapia), me daban ganas de vomitar, medio me paraba y me caía, de ahí me dijeron que eso era normal, que hasta se me iba a caer el pelo, por eso me raparon. La primera vez que fui a la casa no quería que me vea ningún pana, porque estaba todo pelado y siempre temblaba".

Según el paciente luego le dieron ganas de ver a sus amigos, cuando ellos le mandaron cartas con una hermana que vino a visitarlo al hospital. Menciona "cuando vi llegar a mi hermana llore, y cuando leí las cartas llore más, me mandaron fotos". Agrega el paciente "luego ya me hice amigo de chicos así que siempre están

también aquí y les preguntaba cómo eran las cosas. Igual me decían que el pelo se cae, pero después nace. Todo, todo, me decían que cosas debo comer y no, cosas así, ya con los consejos de ellos no me preocupaba tanto”.

En una de las ultimas entrevistas comenta el paciente “creo que ahorita ya puedo volver a estudiar, porque ya me está creciendo el pelo, ya me estoy volviendo a poner tuco, ya le voy a preguntar a la doctora haber que me dice”. Refiere “ya quiero hacer algo, quiero salir de aquí, quiero jugar play, pelota, poder comer”.

Expone el paciente “hay momento en las noches que no puedo dormir, por eso es que a veces duermo todo el día. Quiero curarme rápido, pero más bien me veo mal, ni bien comienzo a sentirme bien o ponerme mejor, algo me pasa. Por eso no puedo dormir, yo quiero recuperarme, pero todo, no quedar mal y volver después en unos años a estar aquí de nuevo”.

Añade al relato “cuando me pongo así, con eso, mi ma se da cuenta y le dice a las señoras de aquí, que me hablen y eso me calma, porque ellas me dicen que han visto a bastantes jóvenes como yo, irse bien. Y en vez de estar pensando en cosas malas, trato de fijarme en otras cosas, o pensar en cosas buenas”.

Posición Subjetiva:

Se puede decir que el paciente topa su problemática en el desarrollo del trabajo. Habla de varios campos manifiestos, pero siempre relacionados a su enfermedad. Hay una falla en la elaboración del paciente, en la ambigüedad de seguir aquí o poder regresar a su casa.

Comentario:

Cuando comencé a trabajar con el paciente, ya tenía dos semanas ingresado.

En las primeras entrevistas el paciente se presentaba poco dispuesto al trabajo. A las intervenciones, respondía con monosílabos.

Luego de un tiempo se pudo comenzar hacer un trabajo con el paciente.