



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

“Posición ética del psicólogo clínico frente a pacientes con diagnósticos oncológicos y de VIH SIDA en una institución hospitalaria”

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:
Psicólogo Clínico**

AUTOR:

Jaramillo Béjar Carlos Andrés

TUTOR:

Rodríguez Jaramillo Sonia Josefina

Guayaquil, Ecuador

2017



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 fue realizado en su totalidad por **Carlos Andrés Jaramillo Béjar**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Lcdo. En Psicología Clínica**.

TUTOR (A)

Rodríguez Jaramillo Sonia Josefina

DIRECTOR DE LA CARRERA

Alexandra Patricia Galarza Soria

Guayaquil, a los 21 del mes de febrero del año 2017



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Carlos Andrés Jaramillo Béjar**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación “**Posición ética del psicólogo clínico frente a pacientes con diagnósticos oncológicos y de VIH SIDA en una institución hospitalaria**” previa a la obtención del Título **de Lcdo. En Psicología Clínica.**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 21 del mes de Febrero del año 2017

EL AUTOR

Jaramillo Béjar Carlos Andrés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Carlos Andrés Jaramillo Béjar**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **“Posición ética del psicólogo clínico frente a pacientes con diagnósticos oncológicos y de VIH SIDA en una institución hospitalaria”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 21 del mes de febrero del 2017

EL AUTOR:

Jaramillo Béjar Carlos Andrés



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Sonia Josefina Rodríguez Jaramillo

TUTOR

f. _____

MG. Elba Bermúdez

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

GALARZA COLAMARCO ALEXANDRA PATRICIA

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi padre Ignacio Fernando Jaramillo Flor, y a mi madre Gilda Irene Béjar Ortiz, por mostrarme como debe ser un profesional, observándolos desde su práctica, inculcándome que todo logro, es en base a sudor, esfuerzo, preparación y estudios. Les agradezco por no solo mostrarse como padres, sino también como personas que han tenido sus miedos, errores y aciertos, permitiéndome aprender de ustedes.

Le agradezco a mi tutora, Sonia Rodríguez Jaramillo, por haberme encaminado a lo largo de este proceso de titulación.

Agradezco a mi enamorada Ana Belén Morales, quien ha sido un pilar fundamental en el transcurso de mi carrera, mostrándome en reiteradas ocasiones que siempre hay que ir mejorando como profesional, pero también como ser humano.

DEDICATORIA

Quisiera dedicar este trabajo principalmente a los pacientes del hospital donde realice mis Prácticas Pre-Profesional, ya que ellos confiaron en mi ética y escucha como Psicólogo Clínico permitiéndome conocer sus miedos, alegrías y adversidades.

En segundo lugar, dedico mi trabajo de titulación al Oncólogo Andrés Arguello, ya que no solo me permitió trabajar con pacientes, sino que se tomó la molestia de día a día enseñarme sobre los diferentes tipos de patologías y sus posibles efectos en el cuerpo, durante mi estadía en piso y urgencia.

En tercer lugar dedico a la Psic. Cl. Gina Era Jefa del área de infectología y la Psic. Cl. María Eugenia Montalvo jefa del área de Oncología por permitirme afianzar mis conocimientos, brindarme herramientas sobre cómo abordar e interpretar los decires de los pacientes, ante algún diagnóstico de su enfermedad, recalcándome en muchas ocasiones que jamás hay que olvidarse que a pesar de la gravedad de la enfermedad que padezca el paciente, sigue siendo un sujeto.

INDICE

AGRADECIMIENTO.....	VII
DEDICATORIA	VIII
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT.....	XII
INTRODUCCIÓN	13
JUSTIFICACIÓN:	14
LA METODOLOGÍA.....	17
LA METODOLOGÍA CUALITATIVA.....	18
OBJETO	20
OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	21
OBJETIVO GENERAL:.....	21
OBJETIVO ESPECÍFICO:	21
EJE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	22
MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA:.....	22
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA:	23
CAPÍTULO 1: ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS	24
1.1 DEFINICIÓN.....	24
1.2 VIH/SIDA.....	25
1.2.1 DEFINICIÓN:	25
1.2.2 EPIDEMIOLOGÍA:.....	25
¿Cómo se propaga el VIH?.....	26
¿CÓMO EVITAR EL VIH/SIDA?	27
¿Cómo se diagnostica el SIDA?.....	27
¿Cuál es el tratamiento de la infección por el VIH?	27
¿Cómo aparece el virus del VIH/SIDA?.....	28
1.2.3 MARCO LEGAL.....	28
DERECHO A LA VIDA:.....	30
DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN:.....	30
DERECHO A LA PRIVACIDAD:.....	31
DERECHO A RECIBIR TRATAMIENTO PARA EL VIH:.....	32
DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD:.....	33
DERECHO A LA INFORMACIÓN:.....	33
DERECHO A LA EDUCACIÓN:.....	34
DERECHO A LA PROTECCION LEGAL:.....	34
DERECHO A ORGANIZARSE Y ASOCIARSE:.....	35
1.2.4. EXPLICACIÓN DEL MARCO LEGAL:	35
1.3 CÁNCER	36

1.3.1 DEFINICIÓN:	36
1.3.2 INTRODUCCIÓN:	36
1.3.3 CARACTERIZACIÓN DEL CÁNCER	37
1.3.4 CÁNCERES MÁS COMUNES.....	37
1.3.5 TIPOS DE CÁNCER QUE DIFIEREN POR SEXO	38
1.3.6 CAUSAS DEL CÁNCER.....	38
CAPTULO 2: EL CUERPO Y SUJETO EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA.....	40
2.1 LA CONSTRUCCIÓN DE LA REPRESENTACIÓN SIMBÓLICA E IMAGINARIA DEL CUERPO: EL ESTADIO DEL ESPEJO.....	41
2.2 EL SUJETO: LA CONSTRUCCIÓN SUBJETIVA	43
2.3. ESTRUCTURA EDÍPICA.....	45
2.4. GÉNESIS DEL SUJETO.....	47
2.5. EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA	49
CAPÍTULO 3: LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA Y EL ROL DEL PSICOLOGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN	54
3.1. EL DISCURSO HOSPITALARIO EN EL TRABAJO/ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.....	55
3.2. EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA.....	56
3.3. LA ÉTICA DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA ...	57
3.4. LA PSICOEDUCACIÓN EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA.....	61
3.5. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DEL MÉDICO DE ONCOLOGÍA Y DE LAS PSICOLOGAS DE LAS ÁREAS DE ONCOLOGÍA E INFECTOLOGÍA: VIH/SIDA, A TRAVÉS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS.	63
3.6. CASUÍSTICA:.....	67
CASO “J”.....	68
CASO “M”.....	74
CASO “K”	80
CONCLUSIONES	85
RECOMENDACIONES	88
BIBLIOGRAFÍA	90

RESUMEN

El presente trabajo pretende dar a conocer, la función que ejerce el psicólogo clínico dentro de una institución hospitalaria, quien tiene la labor de contestar de forma inmediata las urgencias que demanda la institución o el médico en función de persuadir a pacientes, para que inicien o continúen un tratamiento, incluyendo el trabajo que realiza, como mediador entre el paciente y el médico, transmitiendo aquellos temores o silencios que no son tomados en cuenta, debido a la urgencia de comenzar o retomar un tratamiento, en las áreas de infectología: VIH/SIDA y oncología.

Palabras Claves:

Virus del VIH/SIDA	-	Oncología
Atención psicológica	-	Paciente

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present the role of the clinical psychologist within a hospital institution, who has the task of immediately responding to the urgencies required by the institution or physician in order to persuade patients to start or continue a treatment, including the work performed, as a mediator between the patient and the doctor, transmitting those fears or silences that are not taken into account, due to the urgency to start or resume treatment, in the areas of infectious diseases: HIV / AIDS And oncology.

Key Words:

HIV / AIDS virus - Oncology

psychological attention - Patient

INTRODUCCIÓN

El lugar de práctica fue el Hospital De Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, donde se observó que el enfermo/paciente es atendido por el médico, personal de enfermería, trabajador social y el psicólogo, este último, tiene como función realizar seguimiento con los pacientes del establecimiento, en ciertos casos sirve como mediador con el médico responsable del paciente, transmitiendo dudas, temores, inquietudes o incluso opinión respecto al trato que le ha brindado el profesional.

El psicólogo en la institución hospitalaria, aparte de atender al paciente, trabaja con los familiares, la persona responsable o quien acompaña al usuario a las consultas con el médico, en dicho abordaje, se busca que el psicólogo logre contestar dudas respecto al tratamiento que se va a someter el familiar, sin embargo se ha podido observar en reiteradas ocasiones, que los familiares se angustian porque desconocen los efectos secundarios de los medicamentos que ingieren los pacientes, es aquí donde se busca trabajar con el médico tratante, generando información detallada que atenué el malestar por parte del familiar.

El psicólogo como se ha indicado tiene que trabajar con tres personas, de manera regular: el médico, el paciente y el familiar, y en ciertos casos con la trabajadora social, pero en ocasiones el psicólogo también tiene que ser contenedor de enojo, resignación, molestias, incluso mediador entre el familiar y el médico, promoviendo un lugar diferente, donde siente que puede hablar/decir desde su vivencia, se sienta escuchado, no solo diagnosticado, y cuantificado.

JUSTIFICACIÓN:

El presente trabajo parte de la experiencia en las prácticas pre-profesionales realizadas en la jornada vespertina durante el periodo electivo Mayo 2016 a Enero 2017, durante las cuales se tuvo la posibilidad de estar en las áreas: de oncología y VIH/SIDA en la sección de infectología, dando un servicio de atención psicológica con orientación psicoanalítica a pacientes en las respectivas áreas asignadas, también se realizó un trabajo en conjunto con el familiar/cuidador principal, trabajador social y psicólogos a cargo de las áreas mencionadas.

Durante la experiencia en el Hospital De Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, se observó el caso de ciertos pacientes que cuando se les diagnosticaban una enfermedad en particular, comentaban que no conocían dicho diagnóstico, debido a que el familiar o persona encargada había decidido no mencionar los resultados, en muchos casos por temor, basado en el desconocimiento de cómo lo tomaría su familiar, o en el caso de ciertos pacientes de VIH/SIDA quienes asisten a sus chequeos periódicos, no presentan mala adherencia al tratamiento, pero súbitamente desean dejar de tomar los medicamentos, o incluso recomiendan que se les cambie el tratamiento diciendo que los medicamentos (pastillas) son muy grandes, valiéndose como excusa y justificación para evitar tomarlos, sin mencionar que el motivo yace de una situación particular donde el paciente no sabe cómo expresarlo y su única forma por el momento de manifestar dicha problemática es dejando de tomar los medicamentos.

Este desconocimiento del diagnóstico, o el dejar la ingesta de medicamentos en el caso de los pacientes con VIH, por motivos

particulares, trajo consigo la pregunta, de hasta qué punto se busca que se cumplan con los requerimientos del hospital para permitir que siga asistiendo, olvidando la institución que el paciente, que es cuantificado, supervisado en tanto su asistencia, chequeado por el médico, es un sujeto, que por motivos y situaciones ajenas a él (en muchas ocasiones), puede dejar o no querer seguir con el tratamiento.

El psicólogo cuando se desenvuelve en una institución hospitalaria, tiene que responder muchas veces a urgencias de los guardias (internos de medicina), o en admisiones, cuando llega el paciente acompañado de otros: familiares, amigos, vecinos, pareja, quienes parecen más afectados que el sujeto mismo, ahí hay que diferenciar, ¿De quién es la urgencia? , ¿Hay diversos sujetos implicados?, ¿Qué respuestas darle a cada uno?, es aquí donde la intervención será absolutamente desde el paradigma. J.-A. Miller propone realizar un movimiento que va orientado a la evaluación clínica (proceso de recolectar información), a través de este proceso, ayudará al psicólogo remitirse no solo lo que dice la institución de salud (observable), del paciente, sino ir más allá, a través de preguntas: ¿Cómo llegó?, ¿Por qué eligió la institución?, etc., esto posibilitará que el sujeto/usuario ubique algunos significantes (formar una historización/relato) que enlazará la transferencia del psicólogo con el paciente, esta invitación que realiza el psicólogo facilitará que el paciente haga la construcción de un relato, que permitirá generar la aparición de la urgencia, en forma de palabras y su relación con la vida del sujeto, posibilitando armar una trama, que le permita elaborar lo que le está sucediendo.

En base a lo expuesto, como practicante de psicología con orientación psicoanalítica, se encamina a trabajar con la subjetividad del sujeto, a través de pequeñas intervenciones, preguntando

¿Cómo está?, ¿Cómo se siente respecto a su enfermedad?, ¿Qué conoce?, ¿Qué desconoce?, ¿A que le tiene miedo?, etc., y de esta forma detectar aquellos impases e invitar a la construcción de un relato, para localizar la aparición de la urgencia y su relación con acontecimientos de su vida.

LA METODOLOGÍA

Para poder adquirir el título de Licenciado en psicología clínica, durante el último año se debe ejecutar las prácticas pre-profesionales y el trabajo de titulación, con la finalidad de relacionar la teoría aprendida durante los años de la carrera con la práctica que se adquiere en las plazas de trabajo.

Se realizará un trabajo de nivel exploratorio de tipo observacional y cualitativo con pacientes atendidos en las áreas de oncología e infectología VIH/SIDA, del Hospital De Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil, analizando los discursos, relatos de los pacientes recabadas en las entrevistas con fines psicoterapéuticos, dialogando y compartiendo criterios con el equipo interdisciplinario que opera en ese departamento.

Se tomará como referencias para este trabajo la experticia del oncólogo asignado, como responsable de la atención médica, de la psicóloga de la misma área, también se contará con la experiencia de la psicóloga encargada del área de VIH/SIDA.

Existen dos tipos de métodos investigativos que son: la cualitativa y la cuantitativa, la que se implementará en este trabajo será la cualitativa, ya que se trabajará con los discursos de los pacientes y de la experiencia del practicante en los lugares de trabajo asignados por la institución pública hospitalaria.

La metodología cualitativa

Este tipo de metodología cualitativa, busca comprender, más que establecer relaciones de causa-efecto entre los fenómenos o grupo que se esté estudiando.

En este tipo de estudio cualitativo se considera al investigador como instrumento de medida en tanto el investigador puede participar en la investigación, incluso ser el sujeto de la investigación, puesto que se considera la introspección como método científico válido.

Esta metodología permite llevar a cabo estudios intensivos a pequeña escala. No interesa estudiar una población representativa del universo estudiado, como plantea la metodología cuantitativa, sino analizar pocos sujetos en profundidad. En este sentido, cabe decir que no se busca la generalización, sino la especificidad de la realidad observada; la base del trabajo serán opiniones del médico asignado de oncología, la psicóloga del área, la psicóloga de infectología VIH/sida, y los pacientes atendidos durante la práctica, quienes no son un grupo representativo de la población total del hospital, más bien lo que se buscará es conocer desde la vivencia de los pacientes, este silencio que se guardan entre los familiares.

Se pueden agrupar las técnicas de recogida de datos de la investigación cualitativa en tres grandes categorías, basadas respectivamente en: la observación directa, las entrevistas en profundidad y el empleo de documentos. Los instrumentos de recogida son variados, como pueden ser las parrillas de observación, o bien cuestionarios, entrevistas, diarios, entre otros.

En este caso se trabajará analizando las entrevistas realizadas con los pacientes durante el periodo de práctica (Mayo 2016 a Enero 2017), separando los casos más urgentes, a su vez se analizarán las entrevistas realizadas a los profesionales de las áreas de oncología y de infectología.

A pesar de que la metodología cualitativa y la cuantitativa suelen contraponerse, en realidad tanto la orientación de tipo cuantitativo como la de tipo cualitativo pueden considerarse interdependientes. De esta manera, puede iniciarse un estudio cualitativo exploratorio, y posteriormente emplear métodos cuantitativos para ir ordenando lo que se va descubriendo. O, a la inversa, iniciar un estudio cuantitativo y a lo largo de su desarrollo precisar las aportaciones cualitativas que permitan una visión más profunda de la realidad objeto de estudio. (Investigación y didáctica de la lengua y la literatura, 1998)

En este trabajo se usarán como base la experticia del médico, la psicóloga encargada del área de oncología, y en el área de infectología a la psicóloga encargada, de los casos se escogerán tres, dos del área de oncología y uno de infectología VIH/sida.

OBJETO

El presente trabajo responde al proyecto de investigación de las prácticas realizadas en el periodo 2016-2017 en una institución hospitalaria ubicada en el sur oeste de la ciudad de Guayaquil la cual no me brindo apertura de poder colocar su nombre, previas a la obtención del título de licenciado en Psicología clínica.

En base a la observación realizada durante el periodo de prácticas, creció en mí el deseo de iniciar una investigación sobre la ética profesional que debe tener un psicólogo clínico en una institución hospitalaria, ya que debe contestar de forma inmediata las urgencias que demanda la institución en función que se persuade a los pacientes para que inicien o continúen un tratamiento, incluyendo que sepa contestar otras demandas en tanto a la diversidad de usuarios (Paciente, prestador de servicio de salud, familiar, procedimientos que determinan el concepto de salud, enfermedad, lugar del paciente y la relación del paciente con el personal médico).

En función a esta reflexión pretendo abordar el estudio de la ética del psicólogo clínico en las áreas de Oncología, VIH Sida e infectología ya que mis practicas me brindaron la experiencia con pacientes que evidencian un malestar en el manejo de su diagnóstico cuando recién se enteran de su enfermedad o incluso cuando un paciente al que se le ha dado de alta se le detecta de nuevo cáncer pero en otra parte de su cuerpo e incluso en ciertos casos presentan metástasis, y por ese motivo optan por no someterse a un nuevo tratamiento de quimioterapia, por otro lado con pacientes por motivos particulares del orden familiar generan problemas para continuar la ingesta de medicamentos recomendados por la institución.

OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

- Diferenciar el abordaje que utiliza el médico del psicólogo clínico con orientación psicoanalítica, con pacientes, de las áreas de Infectología: VIH/SIDA y Oncología.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Analizar las representaciones simbólicas del cuerpo desde la subjetividad del paciente
- Diferenciar el término sujeto para el psicoanálisis y paciente para la institución hospitalaria.
- Analizar la función del psicólogo clínico dentro de las áreas de Infectología: VIH/SIDA y Oncología, dentro de una institución hospitalaria.

EJE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Marco teórico de referencia:

El marco teórico de referencia del presente proyecto de investigación está basado, en conceptos de la teoría psicoanalítica, tomando de referencia el estadio del espejo, la constitución subjetiva, y quiénes intervienen para que se apropie de su cuerpo; desde el discurso de la salud se definirá el VIH/sida, cáncer, desde la Organización Mundial de la Salud.

Este trabajo estará dividido en tres capítulos: el primero tratará sobre las enfermedades catastróficas, precisando definiciones, formas de tratar dichas enfermedades, y el marco legal que describe los deberes y derechos en el caso de los pacientes de VIH/sida, en el segundo capítulo, se va abordar desde la teoría psicoanalítica de Jaques Lacan la construcción de la imagen corporal, la noción de cuerpo del sujeto desde su infancia, para eso nos remitiremos al “*estadio del espejo*”, donde después se precisará como se origina la subjetividad, remitiéndonos al “*complejo de Edipo*” de Lacan, brindando conocimientos previos para definir al sujeto y para finalizar en este capítulo se buscará esclarecer el término paciente en la institución hospitalaria; en el tercer capítulo se trabajará cómo el discurso institucional médico interviene en el trabajo del psicólogo, la función del trabajo interdisciplinario, también se abordará la experiencia de los psicólogos encargados de las áreas oncología e infectología, brindando información sobre su quehacer con los pacientes y con la institución; y por último, se brindará la explicación de los casos atendidos durante la práctica realizada, explicando las conclusiones a las que se llegó y las recomendaciones.

Metodología de la investigación del desarrollo de la experiencia:

Siendo este trabajo un proyecto de investigación orientado a analizar sobre el malestar que evidencian los pacientes en base a su diagnóstico cuando recién se enteran de su enfermedad o incluso cuando un paciente al que se le ha dado de alta se le detecta de nuevo cáncer pero en otra parte de su cuerpo e incluso en ciertos casos presentan metástasis, y por ese motivo optan por no someterse a un nuevo tratamiento de quimioterapia, o pacientes por motivos particulares del orden familiar generan problemas para continuar la ingesta de medicamentos recomendados por la institución

Se trabajará analizando las entrevistas realizadas durante los meses de Mayo 2016 a Enero 2017 con pacientes, separando los casos más urgentes. A su vez se analizarán las entrevistas realizadas a los profesionales del área de oncología: el médico responsable, la psicóloga y el área de infectología la psicóloga encargada.

Capítulo 1: Enfermedades catastróficas

1.1 DEFINICIÓN

Las enfermedades catastróficas son patologías de carácter crónico que suponen un alto riesgo a la vida de la persona, estos pacientes que se someten a tratamientos continuos; en muchos casos estas enfermedades son de índole devastador, por el impacto global en todos los aspectos de la vida del sujeto que las padece, personales, familiares, toma de decisiones en aspectos financieros y la calidad de vida que pueda tener, (Atención psicosocial integral en enfermedad catastrófica (Atinar), 2006) o generar en la vida del paciente y en los familiares que están viviendo esta experiencia.

Este tipo de enfermedades pueden aparecer en cualquier momento de la vida de un individuo, desde muy temprana edad hasta avanzada, y dependerá del estilo de respuesta a los cambios y amenazas sufridos por el desenlace que conlleva alteraciones emocionales, físicas, cuya evolución es extremadamente lenta hasta adaptarse y aceptar su limitación dentro de su estilo de vida posterior.

1.2 VIH/SIDA

1.2.1 DEFINICIÓN:

Basados en la Organización Mundial de la Salud define el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) como: Virus que contamina a las células del sistema inmunológico –defensas del cuerpo humano-, alterándolo o anulando su función, dicha infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente inmunodeficiencia (OMS, 2016).

En cambio se considera Síndrome de inmunológico adquirido con sus abreviaturas S.I.D.A cuando el sistema inmunitario deja de cumplir su función de lucha contra infecciones y enfermedades siendo esta la etapa más avanzada de la infección por el VIH, puede aparecer mucho tiempo después de que la persona se haya infectado. (OMS, 2016)

1.2.2 EPIDEMIOLOGÍA:

El VIH/sida es considerado un problema de salud pública a nivel mundial y de la misma forma en el Ecuador, para el período 1984-2010, se han registrado 18.739 casos confirmados de infección por el VIH y 8.338 personas que viven con VIH en fase sida habiendo un total de 7.030 defunciones. Durante el 2010, se registraron 3.966 nuevos casos confirmados de infección por VIH y 1.301 nuevos casos de sida. (Carina, Gabriela, Nidia, Miguel, & Rodrigo, 2012, pág. pp. 16)

La epidemia en el Ecuador es de tipo concentrado, en la cual la prevalencia en la población general es menor a 1% y en poblaciones más expuestas (HSH, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres) es mayor al 5%. En 2010, la prevalencia en mujeres embarazadas (proxy de la prevalencia en la población general) fue de 0,18%; la tasa de incidencia de VIH fue de 27,38 por 100 000 habitantes, y la de VIH en fase sida fue de 9,09 por 100 000. La media del número anual de muertes a causa del sida está alrededor de 700, con una tasa de mortalidad 5,08 por 100. 000 habitantes. (Carina, Gabriela, Nidia, Miguel, & Rodrigo, 2012)

El número de infecciones es mayor en hombres que en mujeres, y representa una razón hombre-mujer de 2,65 en VIH y de 2,48 para sida. El 83,15% de los casos VIH pertenece al grupo etario de 15-54 años y el 82,86% de los casos sida está en el grupo de 20-49 años. Al final de 2010, 6 765 personas que vivían con VIH estaban recibiendo tratamiento ARV. (Carina, Gabriela, Nidia, Miguel, & Rodrigo, 2012)

El VIH ataca a las células CD4 del sistema inmunitario, destruyéndolas, quienes están encargadas de combatir las infecciones, y ciertas clases de cáncer.

¿Cómo se propaga el VIH?

Se puede contagiar un sujeto con el contacto de ciertas sustancias corporales, de una persona infectada, que incluyen, la sangre, semen, líquido pre-seminal, secreciones vaginales, secreciones rectales, leche materna.

Formas de transmisión

Existen tres formas de transmisión: la primera, cuando es de una persona a otra persona se denomina “transmisión de virus”, la segunda, cuando es de una mujer seropositiva a su hijo en el periodo de embarazo, incluyendo el dar de lactar o parto, se denomina “*transmisión materno infantil.*”, la tercera forma de transmisión es por el uso compartido de inyecciones (esto se ve en casos de consumo de drogas), con una persona seropositiva

¿Cómo evitar el VIH/SIDA?

El uso de condones previo al acto sexual, también se recomienda limitar la cantidad de parejas sexuales.

¿Cómo se diagnostica el SIDA?

Cuando una persona presenta un sistema inmunológico afectado, indica que las células CD4 están por inferir de 200/mm³, esta es cantidad de glóbulos blancos que se mide en la sangre, a diferencia de una persona sana varía de 500 a 1.200/mm³.

¿Cuál es el tratamiento de la infección por el VIH?

Se utilizan pastillas antiretrovirales, que varían en cuanto a su cantidad, dependiendo del grado que lleguen con el virus.

Estas pastillas evitan la multiplicación del virus del VIH, sin embargo no cura, más bien hace que la carga del virus sea tan baja que no afecte al sistema inmunológico del paciente

Hay que resaltar que esta ingesta de medicamentos no cura al paciente, sin embargo permite que la persona tenga una vida más llevadera con su enfermedad, y disminuyendo la posibilidad que transmita el virus.

¿Cómo aparece el virus del VIH/SIDA?

Durante un tiempo prudencial (cuatro a seis meses) que la persona es infectada por el virus, la persona no presenta algún malestar, después de ese tiempo, inicia en ciertos casos con fiebre, dolor de cabeza, fiebre, granos.

A partir de ese momento inicial, el virus comienza a propagarse, pero en poca cantidad.

Entre los síntomas más comunes están: como diarrea crónica, adelgazamiento rápido.

1.2.3 MARCO LEGAL

Los derechos humanos son universales, sin distinción de ninguna índole; son interdependientes porque están relacionados los unos a los otros; y son inalienables, ya que nadie puede quitar un derecho a una persona, ni nadie puede renunciar a un derecho humano.

Durante el trabajo en el área de infectología con pacientes de VIH/sida se pudo conocer que sufren discriminación laboral, debido a que los mismos empleadores al conocer por terceros la condición de salud del empleado, solicitan en muchas ocasiones un certificado por parte del médico o del hospital donde se hace los chequeos y

controles mensuales sobre su enfermedad, para poder mantener su trabajo, pero a veces a pesar de ello, los contratantes los despiden por mantener la calma entre sus empleados (miedo a contagiarse, debido al poco conocimiento que tienen sobre el virus del VIH/sida, tratamientos, vías de contagio, etc.), por otro lado existe también un grupo de pacientes en esta área que desconocen sobre las consecuencias del tratamiento retroviral, tienen un bajo conocimiento sobre su diagnóstico, y de las consecuencias de los medicamentos próximos a tomar.

En cuanto a los pacientes más jóvenes con quienes se han trabajado, han existido casos que en las mismas instituciones universitarias se les privan el ingreso al enterarse por la pruebas de sangre (requisito para el ingreso), o incluso al mismo personal los obligan realizarse chequeos médicos para poder mantener el puesto de trabajo -cuando el jefe o personal de trabajo conoce que uno de sus integrantes padece de este virus-; se pudo conocer la situación que viven estas personas, y de esta forma comprender que ellos no conocen sus derechos, solo se remitían a realizar lo que les pedían para poder mantener un trabajo, no ser expulsado, no tener problema con sus compañeros. Entendí que nosotros como profesionales ignoramos muchas veces cuáles son nuestras obligaciones y derechos como sujetos en un país.

El fin de este apartado legal es conocer y así poder brindar información sobre las obligaciones de las instituciones que realizan este tipo de prácticas que van en contra del derecho de cualquier persona con VIH/sida, los artículos a continuación fueron copiados textualmente, del sitio web de la Asamblea Nacional del Ecuador (Ecuador, Asamblea Nacional del, 2008)

1.2.3.1 Principales derechos de las personas que viven con VIH/SIDA y marco legal

DERECHO A LA VIDA:

Según la Constitución de la República del Ecuador en su capítulo sexto en su Art.66, literales 1 y 2 señalan que:

“Se reconoce y garantiza a las personas el derecho a la inviolabilidad de la vida; y, el derecho a una vida digna que se asegure a la salud”, lo cual aporta a los derechos que se deben brindar a las personas que viven con VIH/SIDA”. (Asamblea Nacional, 2008, p50)

DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN:

La Constitución de la República del Ecuador en su capítulo primero en su Art.11, literal 2 señala:

Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente... La ley sancionará toda forma de discriminación. (Asamblea Nacional, 2008, p27)

DERECHO DE IGUALDAD ANTE LA LEY:

La Constitución de la República del Ecuador en el capítulo sexto en su Art. 66, literal 4 señala que:

“Se reconoce y garantiza a las personas el derecho a la igualdad formal, igualdad material y no discriminación” (Asamblea Nacional, 2008, p50).

DERECHO A LA PRIVACIDAD:

La Constitución de la República del Ecuador en el capítulo sexto en su Art. 66, literales 19 y 20 indica que:

“Se reconoce y garantizará, a las personas el derecho a la protección de datos de carácter personal. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirá la autorización del titular o el mandato de la ley” y, “el derecho a la intimidad personal y familiar” (Asamblea Nacional, 2008, p52).

DERECHO A LA SALUD:

La Constitución de la República del Ecuador en su capítulo segundo en su Art. 32 indica que:

“La salud es un derecho que garantiza el Estado, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios

de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (Asamblea Nacional, 2008, p34).

La Constitución de la República del Ecuador en el capítulo en su Art. 50, describe que:

El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente (Asamblea Nacional, 2008, p43).

DERECHO A RECIBIR TRATAMIENTO PARA EL VIH:

La Constitución de la República del Ecuador en el capítulo sexto en su Art. 363, Literal 7, señala que:

El Estado será responsable de garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales (Asamblea Nacional, 2008, pp166-167).

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD:

La Constitución de la República del Ecuador en el capítulo sexto en su Art. 66, literal 11 señala que:

“Se reconoce y garantizará a las personas el derecho a guardar reserva sobre sus convicciones. En ningún caso se podrá exigir o utilizar sin autorización del titular o de sus legítimos representantes, información personal o de terceros sobre sus creencias religiosas, filiación o pensamiento político; ni sobre datos referentes a su salud y vida sexual, salvo por necesidades de atención médica” (Asamblea Nacional, 2008, p51).

La Constitución de la República del Ecuador el capítulo primero sección segunda en su Art. 362, señala que:

“...Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y confidencialidad de la información de los pacientes” (Asamblea Nacional, 2008, p166).

DERECHO A LA INFORMACIÓN:

Según la Constitución de la República del Ecuador en su Art. 92 señala que:

Toda persona, por sus propios derechos o como representante legítimo para el efecto, tendrá derecho a conocer de la existencia y acceder a los documentos, datos genéticos, bancos o archivos de datos personales e informes sobre sí misma, o sobre sus bienes, consten en

entidades públicas o privadas en soporte material o electrónico. Asimismo tendrá derecho a conocer el uso que se haga de ellos, su finalidad, el origen y destino de información personal y el tiempo de vigencia del archivo o banco de datos... (Asamblea Nacional, 2008, p67).

DERECHO A LA EDUCACIÓN:

Según la Constitución de la República del Ecuador en el capítulo segundo en su Art. 26 señala que:

“La educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del Estado. Las personas, las familias y la sociedad tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo” (Asamblea Nacional, 2008, p32).

DERECHO A LA PROTECCION LEGAL:

Según la Constitución de la República del Ecuador en el capítulo séptimo en su Art. 75 indica que:

“Toda persona tiene derecho al acceso gratuito a la justicia y a la tutela efectiva, imparcial y expedita de sus derechos e intereses, con sujeción a los principios de inmediación y celeridad; en ningún caso de las resoluciones judiciales será sancionado por la ley” (Asamblea Nacional, 2008, p56).

DERECHO A ORGANIZARSE Y ASOCIARSE:

Según la Constitución *de la República del Ecuador* en su Art. 66, Literal 13 indica que:

“Se reconoce y garantizará a las personas el derecho a asociarse, reunirse y manifestarse en forma libre y voluntaria” (Asamblea Nacional, 2008, p51).

1.2.4. Explicación del marco legal:

En toda actividad en la cual se desarrollan interacciones se requiere de normas que regulen el comportamiento de los sujetos que intervienen en ella. Estas normas operan permanentemente y regulan los deberes y derechos que toda sociedad organizada establece para sus miembros, por este motivo, nosotros como psicólogos que estaremos en estas áreas de salud, debemos tener un conocimiento sobre estas normas que en muchos casos son desconocidas por los usuarios de los hospitales (médicos, personal de limpieza, familiar, paciente/usuario), a través de este saber motivar a que el paciente busque cuáles son sus obligaciones, pero también sus derechos como persona y para con otros, por este motivo, en este capítulo se enfoca en brindar información específica sobre esta área en particular para las futuras generaciones que trabajaran en esta rama de la salud.

1.3 CÁNCER

1.3.1 DEFINICIÓN:

El Dr. Javier Puente (2015) la palabra cáncer encierra a un conjunto extenso de posibilidades infecciosas en el cuerpo, explica que el cáncer se especializa por el desarrollo de células anormales, las cuales se propagan en el cuerpo del sujeto esparciendo la enfermedad.

Toda célula normal tiene un tiempo de vida programado por el organismo, en cambio la célula cancerosa, no tiene programado esta capacidad de morir, lo que ocasiona que sigan dividiéndose, multiplicándose de forma descontrolada, ocasionando que esta propagación sustituya a las células normales.

1.3.2 INTRODUCCIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), informa que en el Ecuador existe un incremento en la tasa de incidencia del cáncer, posicionándola como la segunda causa de mortalidad, después de las enfermedades cardiovasculares. (Organización Mundial de la salud (O.M.S.), 2014)

La OMS (2014), explica que en el caribe y América Latina, el cáncer causa el 20% de los fallecimientos por enfermedades crónicas no transmisibles, explica que se prevé que para el año 2020, exista alrededor de 833 mil defunciones en esta región como consecuencia por consecuencia de este tipo/grupo de

enfermedades, lo que significaría un incremento del 33% en relación a 1990.

Se estima que aproximadamente un 40% de estas muertes podría evitarse, modificando cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: obesidad, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de alcohol y de tabaco. Siendo este último el factor de riesgo más importante, responsable por el 22% de las muertes por cáncer a nivel mundial y del 71% de las muertes por cáncer de pulmón (Organización Mundial de la salud (O.M.S.), 2014)

1.3.3 CARACTERIZACIÓN DEL CÁNCER

El cáncer es una enfermedad que tiene diferentes procesos clínicos con un comportamiento distinto de unos a otros, pero tienen como característica común la existencia de una proliferación anormal de células, lo que les da la capacidad de propagarse por el cuerpo mediante dos mecanismos: por invasión y metástasis. (Cruzado, 2010, p. 10)

La *invasión*: se refiere a la migración y a la penetración directa de las células cancerosas en el tejido vecino, por otro lado la *metástasis*: se produce cuando las células cancerosas circulando a través de los vasos sanguíneos y linfáticos llegan a invadir el tejido normal en otras partes del cuerpo. (Capítulo 1: Introducción. El cáncer, 2010, p. 11)

1.3.4 CÁNCERES MÁS COMUNES

Existen 150 tipos de cáncer, sin embargo los más comunes por el tipo de células afectadas son:

Carcinoma: es el más común entre los diferentes tipos de cáncer (85%); proviene de las células que cubren las superficies externas e internas del cuerpo, los más frecuentes son el cáncer de pulmón, mama y de colon; *Sarcoma*: surgen de las células que se encuentran en los tejidos que sostienen el cuerpo como el hueso, el cartílago, el tejido conectivo, el muslo y la grasa, *Linfomas*: se originan en los ganglios linfáticos y en los tejidos del sistema inmunológico, *Leucemias*: son cánceres de la células de la sangre producidas en la médula ósea y que tienden a acumularse en grandes cantidades dentro del torrente sanguíneo. (Cruzado, 2010, pp. 11-12)

1.3.5 TIPOS DE CÁNCER QUE DIFIEREN POR SEXO

En el hombre el tipo de cáncer más frecuente es el de próstata, y en mujeres el de mama, en segundo y tercer puesto de mortalidad tenemos el de pulmón y colorrectal para ambos sexos, en cuanto a la mortalidad por el cáncer en las mujeres tenemos, el cáncer de mama en primer lugar, seguido por el de pulmón, del colorrectal y de los ginecológicos, en los varones el cáncer de pulmón es el primario, seguido de la próstata, el colorrectal y el de páncreas. (Cruzado, 2010, p. 14)

1.3.6 CAUSAS DEL CÁNCER

Entre las causas más importantes tenemos: el tabaco como principal factor responsable de cáncer de pulmón con un 85% de los casos, por el consumo de grasas saturadas en la dieta de la persona, así como la carencia de fibra y una baja ingesta de frutas y

verduras, tenemos el consumo de alcohol, la exposición de sustancias tóxicas como el cromo, Arsenio, níquel, aflaxotina y asbesto o exposición radiactiva (rayos ultravioleta); otro factor es el consumo de drogas o fármacos e ingesta de productos cancerígenos.

Existen ciertos tipos de trabajos que posibilitan adquirir la enfermedad del cáncer, como las personas que trabajan con madera (aumento del riesgo de adenocarcinoma de nasofaringe), deshollinadores (aumento al riesgo del cáncer de escroto), el trabajo con radiaciones (centrales nucleares y hospitales).

Las infecciones en casos muy concretos, pueden desembocar en determinados tipos de cáncer y las alteraciones genéticas que conllevan a tener mayor predisposición a determinados tipos de patologías.

CAPTULO 2: EL CUERPO Y SUJETO EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

Es necesario mencionar que para Perrotta (2002) se debe distinguir el cuerpo desde el punto de vista médico y desde el punto de vista de la psicología, en su trabajo de tesis "*Concepciones de sujeto, cuerpo y síntoma en medicina y psicoanálisis*", explica que para el psicoanálisis, se considera al sujeto dividido, en tanto es un sujeto que es hablado (lenguaje, simbólico).

Por otro lado la institución hospitalaria define estos cuerpos sin sujeto, debido a que los ven como unos objetos que van a ser estudiados, diagnosticados, observados, clasificados; no tienen la intención de escuchar más allá de lo biológico.

Por este motivo se hablará cómo se constituye un cuerpo, partiendo de la idea que no solo es un objeto biológico sino un cuerpo de sentido y palabra; se tomará como referencia *varios artículos sobre El estadio del Espejo* para brindar información de cómo se inicia esta representación imaginaria y simbólica a partir de un cuerpo material, quienes ayudan en este proceso, sumado al *Complejo de Edipo* como proceso indispensable para la formación de la subjetividad, y como conclusión se buscará esclarecer el término de paciente y sujeto en la institución hospitalaria.

2.1 LA CONSTRUCCIÓN DE LA REPRESENTACIÓN SIMBÓLICA E IMAGINARIA DEL CUERPO: EL ESTADIO DEL ESPEJO

El estadio del espejo se describe como la capacidad del infante gracias a la intervención de un otro (persona que signifique ese cuerpo fragmentado), de identificarse con el reflejo de su cuerpo y a su vez a la imagen simultanea que observa de la otra persona que mira en el espejo (imagen especular);

Para Lacan en el congreso de Zurich de 1949 presenta un concepto el “*estadio del espejo*”, como formador del yo, menciona que esta fase, es un momento estructural, de orden lógico (tiempo lógico), en el surgimiento del sujeto (Catala Villanueva & Uriz , 1991).

Durante los primeros meses de vida del infante (entre los seis hasta los dieciocho meses), se generaran condiciones que le permitan producir una estructura, su estructura, cabe mencionar que este es el momento más importante, debido a que se generará la construcción subjetiva, en el cual se rige en primera instancia por lo imaginario, generando el YO, y su cuerpo.

Hay que concebir el estadio del espejo como un próximo saber, saber en tanto llegar a reconocer su cuerpo, ya no fragmentado, más bien unificado, cuya producción en esta fase es indicada en la teoría, del término antiguo Imago. (Lacan, El Estadio del espejo, 1949)

En esta etapa, el niño se mirara ante el espejo, lo que originará estar a la mira de su imagen, pero gracias al uso de la palabra (ingreso de lo simbólico por el otro), debido a que será nombrado, llamado por su madre especialmente, su padre u otros adultos que lo cuidan.

“Lacan dice que el niño en esta etapa es un ser en dehiscencia, en puras ganas que son percibidas como fragmentadas y es gracias al Otro (la madre) que las irá articulando” (Catala Villanueva & Uriz , 1991).

El infante ingresa a la palabra (lo simbólico), en tanto es hablado, explicando que lo que ve es su brazo, cabeza, pierna, etc. Sin embargo, aún no puede entrelazar ideas, más bien desde su visión, frente a este espejo permitirá de forma visual (imago) la construcción de su subjetividad.

En el estadio del espejo comprenden tres partes necesarias: el espejo, el infans (infante que es incapaz de realizar verbalizaciones) y sus ojos (su mirada, visión).

Su visión debido a que cambia la forma de apreciarse, ya no de forma desquebrajada, sino unificada gracias a la palabra (orden de lo simbólico), el infans debido al implemento del espejo, quien observará aquellas partes de su cuerpo, pero que desconoce de aquello (Catala Villanueva & Uriz , 1991).

“El niño al verse ante el espejo se sentirá fascinado, lo cual lo ayudara a que se relacione con esa figura a través de gestos y miradas” (Lacan J. , 1949)

Al principio, el infante parece jubiloso debido al éxito en la integración de su fragmentación en una totalidad y unidad imaginarias. Más tarde, sin embargo, la gozosa afirmación de unidad imaginaria es reemplazada por un resurgimiento de la distancia entre esta nueva unidad y la continuamente fragmentaria, descoordinada, y falta de carácter experiencia vivida del infante en su cuerpo real. Además, la imagen en el espejo nunca podría ser idéntica al infante, ya que siempre es de diferente talla, está invertida como todas las imágenes en espejos, y lo más importante, persiste en ella un algo alienado -y por tanto fundamentalmente alienante. (Vega, De Vedia, &

Roitman , Narcisismo e identificación en la fase del espejo, 2011)

Al verse reflejado en el espejo generará conflicto en el infante debido al momento que ve su figura, no la ve como un todo (unificado, un solo cuerpo) más bien se percibe (se mira) de forma fragmentada, debido a este primer momento, es necesario que el Otro mencione, diga que es aquello que observa, prestando significantes, mencionando que lo que está viendo, es a él mismo

Para concluir, hay que comprender entonces que el estadio del espejo permite la formación del “Yo” mediante el proceso de identificación pero de su propia imagen especular del reflejo de su cuerpo en el espejo; es necesario que exista otra persona que signifique (le dé palabra a su cuerpo, manos, cabeza, piernas, dedos, etc.) eso que el infante está observando, y le diga que es él, su cuerpo el que está viendo.

Para concluir, el estadio del espejo permite al infante observar su reflejo, pero mirándolo en su totalidad (Gestalt), adquiriendo una identificación con aquella imagen que antes observaba de forma desordenada, despedazada, ya que no lo mira como parte de él, pero gracias a la madre, lo unifica, condensa y empieza a entender que aquel que mira es él.

2.2 EL SUJETO: LA CONSTRUCCIÓN SUBJETIVA

Para hablar de cómo se genera un sujeto es necesario primero explicar quién o quienes están involucrados en este proceso, es por esta razón que en este apartado se hará un intento por caracterizar algunos elementos que asisten a que un recién nacido se transforme en un sujeto y su organismo en un cuerpo.

Como se explicó en el “*estadio del espejo*”, es necesario la presencia de Otro (en este caso la madre o quien tenga este deseo de serlo), para que explique al infante a quien está viendo, lo signifique como cuerpo unificado (YO), ya no como partes que observaba con anterioridad; a partir de ese momento se crea un cuerpo, un cuerpo de palabra.

El Otro tiene una función más en la vida del infante, que es en la constitución subjetiva, el cual se basa ser deseo de alguien, es por esta razón que retomaremos de nuevo este encuentro del bebé con su madre (y con el deseo de esta).

El deseo del niño se constituye desde el deseo de la madre y, por lo tanto es algo que lo precede, es anterior a él (ejemplo: ser un hijo deseado, esperado por los padres). Ese niño viene a ocupar un lugar creado por otros, desde el deseo de otros, lugar absolutamente necesario, lugar que debió haber sido fundado para que pueda ser ocupado por ese niño que llega: un nombre, la fantasía de un rostro, expectativas, un espacio no accesible al sentido común, espacio de los otros donde intervienen los sonidos, la mirada, el tacto (Rodulfo, Ricardo , 1989)

Para que se dé la constitución del sujeto es necesario conocer que movimientos debe pasar el sujeto psíquico en su estructuración, entre esas está el poder desprenderse de la madre y constituir una estructura singular (Bleichmar, Silvia , 1984). En estos movimientos es importante la función de los otros, entiéndase ‘función’ del otro. No es la persona lo que cuenta sino la función que cumple. En esta tarea resulta primordial la función materna y también la paterna.

La función materna consiste en sostener al pequeño, físico y metafóricamente y debe ser sostenida por la función paterna, que debe cuidar de la constitución de esa díada.

2.3. ESTRUCTURA EDÍPICA

Para Lacan (1957 – 1958) el complejo de Edipo está formado por: la estructura y el falo, el falo como aquello que se articula, pero que a su vez circulará como aquella falta en lo simbólico (esclareciendo el mal entendido de hacerlo equivalente al pene, como órgano masculino), esclareciendo que el Edipo está en el orden de lo simbólico, que es el del lenguaje. (Vega, El Complejo de Edipo en Freud y Lacan, 2015)

Sin embargo, para el discurso médico, el cuerpo tiene origen cronológico (fecundación, gestación y nacimiento del neonato).

El complejo de Edipo para Lacan desde el seminario V (1969) “se da en tres tiempos lógicos y no cronológicos en la constitución subjetiva, el Edipo consiste en separar/procesar la relación que tienen tanto el niño como la madre, la cual es base principal para la salida del Edipo” dicha relación (madre-hijo) (Lacan, Seminario 17: El Reverso del Psicoanálisis., 1969)

Hay que comprender que en esta relación dual, el niño completa a la madre (falta), lo que genera que el niño quede alienado al deseo de la madre, quien se sentirá completa debido a que su hijo ocupará el lugar de su falta como sujeto, hay que resaltar que en dicha relación dual, en primera instancia carece de ley simbólica, en tanto una separación de ellos.

Es en este tiempo donde Lacan introduce el nombre del padre, “La posición del Nombre del Padre, la calificación del padre como procreador, es un asunto que se sitúa en el nivel simbólico. Puede realizarse de acuerdo con las diversas formas culturales, pero en si no depende de la forma cultural, es una necesidad de la cadena significativa” (Lacan J. , El Seminario V: Las Formaciones del Inconsciente, 1957 – 1958).

Existe un segundo momento, donde ya no solo es la madre y el niño, sino que ingresa un nuevo miembro a esta relación, que es el nombre del padre (NP), quien tendrá como única función de separar al niño de la madre, en tanto cortar su relación imaginaria de completitud por parte de la madre con su hijo, lo que genera que la madre vuelva a estar en falta, pero hay que resaltar que para que se considere efectiva dicha ruptura, es necesario que aquel deseo de sentirse completa con el niño pase a su pareja (esposo).

Permitiendo crear un tercer tiempo donde el niño pase de aquella identificación primaria (la madre), a una segunda, que es con el padre, pero de forma distinta, en tanto reconocerá que la madre carece de “algo” que el padre si tiene y es por temor de ser como la madre que el infante se identifica con el padre.

El complejo de Edipo en Freud y Lacan, explican que: “la salida del Edipo se produce favorablemente si el niño se identifica con el padre (de quien deriva el ideal del yo) y el niño pasa de ser (el falo de la madre) a tener”, cabe precisar que es un proceso simbólico” (Vega, El Complejo de Edipo en Freud y Lacan, 2015).

Al generarse dicha identificación con el padre, permitirá dos acontecimientos: la inserción de la metáfora paterna, permitiendo que el niño tenga ingresa a la palabra (lo simbólico), y que en el niño se reconozca la falta y se instauren los límites.

Vega El complejo de Edipo en Freud y Lacan (2015) describe que “Asumirse como sujeto implica entonces, separarse de la madre reconociendo el propio deseo” (Vega, El Complejo de Edipo en Freud y Lacan, 2015).

Resumiendo entonces podemos comprender que el “*complejo de Edipo*” se desarrolla en tres tiempos: 1º) el pasaje del SER al TENER, de ser como efecto del deseo del otro, a tener algo, la representación simbólica, de tener, con lo que pueda desear y ser deseado; 2º) el padre aparece ahora como permisivo y donador, es una función necesaria para la constitución subjetiva, este padre no ES la ley sino quien la transmite y se somete también a ella; y 3º) se constituye la función del PADRE, y esto tiene efectos en la constitución subjetiva, en el recorrido en esta estructura y funciones se determina la diferencia sexual, generacional, y la prohibición del incesto.

2.4. GÉNESIS DEL SUJETO

Para Lacan el sujeto se origina en la sujeción/sujetar al simbólico-significante, esto generará en el sujeto el proceso de humanización (normas/leyes) y forjará la aparición del inconsciente estructurado como un lenguaje (comunicación), pero para que el sujeto pueda entrar en esta cadena significativa y posteriormente se humanice, es indispensable de un otro que promueva la existencia del sujeto en el campo del significante (“falta de ser”-sujeto en falta), esto será gracias a la función paterna (NP).

Lacan (1957 – 1958) afirma que el “sujeto en sus formaciones del inconsciente como los síntomas, lapsus, sueños, transferencia, metáforas, etc. Estas producciones se presentan como expresiones

subjetivas y también son localizables en cualquier discurso que utilice o se explore durante la entrevista”

Para Lacan existen tres registros (metapsicología) que operan en el sujeto: imaginario, simbólico y real, los cuales son importantes para las futuras relaciones del sujeto con otros. (Imaginario al “yo”, simbólico al lenguaje/palabra/castración y real que implica al goce) (Leonardo Peskin) , los cuales son indispensables para la estructura subjetiva.

Explicando de mejor forma estos registros, tenemos: Registro de lo Real: se puede definir como aquello que hace fracasar todo saber, inclusive el saber analítico. Es también el nombre que se le da al goce más particular del sujeto, hay que ver al goce no como algo placentero, más bien todo lo opuesto, es aquello que hacer sufrir al sujeto de forma particular, por eso cuando se dice desde el psicoanálisis que el sujeto goza de sus síntomas, se está diciendo que goza desde sus problemas, quejas, relaciones conflictivas, hábitos destructivos, etc.

Registro de lo Imaginario: está constituido en un proceso que requiere una cierta enajenación estructural, es el reino de la identificación espacial que inicia en el estadio del espejo y es instrumental en el desarrollo de la agencia psíquica. Es en este proceso de formación que el sujeto puede identificar su imagen como el ‘yo’, diferenciado del otro. Lo que se designa como ‘yo’ es formado a través de lo que es el otro -de la imagen en el espejo-. Es la forma primitiva de pensamiento simbólico.

Registro de lo Simbólico: aquí entra en juego el lenguaje, el niño o niña es hablado antes de nacer, es acunado en el lenguaje materno, debido a que es aquello que posibilita la existencia del sujeto, diferenciando al ser humano del reino animal, a través del lenguaje, es lo humano, separándolo de la naturaleza y sus leyes,

pero lo introduce en una nuevo tipo de ley, que es la palabra/lenguaje, natural del ser humano. (Sauret, 1995).

2.5. EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

Hay que tener en cuenta que antes que el niño/sujeto/neonato nazca es hablado, en tanto desde el discurso del obstetra quien es el encargado de chequear la evolución en el periodo de gestación desde estos chequeos es medido, cuantificado, y comparado, desde el discurso médico (libros, casos, normas evolutivas de gestación, etc.).

La medicina busca medir, cuantificar, clasificar, etc. a la persona desde sus rasgos fisiológicos hasta sus enfermedades congénitas; por otro lado, el discurso médico va orientado sobre el saber de la enfermedad que incide en el cuerpo, el cual es susceptible a ser medido, diseccionado, e incluso a experimentar en él; tanto en el cuerpo y la enfermedad comparten en ser un objeto de estudio, en tanto proveen para el profesional un saber sobre la patología, y del enfermo que padezca dicha enfermedad, lo cual genera una exclusión del sujeto.

Hay que tener en cuenta que la palabra “sujeto” y “paciente” son usadas por las instituciones hospitalarias como sinónimos, pero su concepción es distinta desde el discurso psicoanalítico y desde el discurso de salud, cuando nos referimos a “sujeto” es para remitirnos aquellas personas que hablan de su cuerpo en tanto padecimiento de un dolor o enfermedad -pero no reducido a lo físico, sino al impacto en su salud- que buscan ser atendidos por un centro de salud.

Para la medicina o campo de salud existe un cambio en el implemento de la palabra “sujeto”, el cual es cambiado a “paciente”, hay que tener en cuenta que los psicólogos también utilizan esta palabra para referirse al individuo, es aquí donde hay que interpretar o llegar a entender si su utilización tiene las mismas consecuencias en uno y otro campo: el campo de la salud general/medicina y en el del psicoanálisis en específico.

Según Perrott (2002) explica que “en el paciente existen dos posturas: la pasividad y la espera” (p.3). Pasividad, en tanto se ubica al médico en el lugar de conocimiento sobre las enfermedades, desde el discurso médico, atribuyéndole que tiene la respuesta sobre su enfermedad y espera que resuelva su padecimiento, conocer esta suposición de quien tiene el saber y pueda llegar a solucionar el problema es de un orden no privativa en la consulta médica más bien, por el contrario, toda persona que supone un saber al otro cuando exige una atención (médico o psicólogo), en ese juego de “llamada de saber” se instala al usuario/sujeto/paciente un lugar pasivo frente a este profesional con el saber de su rama y que posiblemente pueda ayudar a resolver el padecimiento.

Desde la medicina como rama de estudio excluye al “sujeto” de su singularidad, la forma de expresarse o hablar de la persona es refiriéndose a través de historias clínicas, órganos (no como cuerpo unificado, sino como sus partes) que son estudiados por especialistas (Perrotta, 2002)

El médico en su discurso científico, forcluye al sujeto, lo cual puede generar consecuencias en la intervención de querer curar al paciente.

Lacan introduce y explica que: existe una responsabilidad y posibilidad que desde el psicoanálisis se pueda otorgar un lugar en el sujeto, escuchándolo en sus decires, incluyendo aquellos temas que no son sobre temas específicos de los lugares hospitalarios, es por esta razón la importancia del trabajo del psicólogo con el equipo de salud para permitir que se genere esta posición (Momentos Cruciales de la Experiencia Analítica, 1991).

La medicina por otro lado, ve al enfermo, no como sujeto sino como un paciente pato-genéticamente activo, y por tanto como creador o modulador al menos de su enfermedad.

Para Foucault (1996) se refiere que “el hospital en la Edad Media no era en absoluto un medio de cura, no había sido creado para tal fin” (Foucault, Michel, 1996).

Por el contrario, previo al S. XVIII el hospital era básicamente una institución de asistencia, pero también de exclusión y segregación, El pobre era considerado un miembro a tutelar de la sociedad. Por un lado brindándole asistencia para que no incurriera en vagabundeo ni en prácticas inmorales; pero por otro lado, separándolo del resto, ya que, por su condición, era portador de enfermedades y posible propagador de las mismas. En resumen, era peligroso. De ahí la necesidad de la existencia del hospital, tanto para contenerlo como para proteger a los demás contra el peligro que implicaba.

De este modo, la institución hospitalaria, lejos de constituir un servicio de orden médico, se erigía como un mecanismo de asistencia que, paradójicamente, segregaba a locos, enfermos y prostitutas. En consonancia con esto, el personal hospitalario tampoco estaba destinado a la curación de los enfermos, más bien era un personal caritativo que aspiraba, tarea, a conseguir la salvación eterna (Foucault, 1996)

Foucault menciona que la institución hospitalaria comenzará a “medicalizarse” cuando se introducen los mecanismos de “disciplinamiento” de los cuerpos, los que son colocados en un espacio individualizado que permita su clasificación (1996, p. 75). Esta idea es el eje del nacimiento de la clínica, al sostener que:

Para que la experiencia clínica fuera posible como forma de conocimiento, ha sido necesaria toda una reorganización del campo hospitalario, una definición nueva del estatuto del enfermo en la sociedad y la instauración de una cierta relación entre la asistencia y la experiencia, el auxilio y el saber; se ha debido envolver al enfermo en un espacio colectivo y homogéneo (Foucault, 1996, p. 256).

Es a partir de esa época que se produce un cambio del saber médico. Se desplaza la mirada que se mantenía sobre la enfermedad. La misma pasa a despegarse de la concepción de fenómeno natural, a considerarse como naturaleza, pero provocada por la acción del medio sobre la persona. Esas acciones serán entonces la base sobre la cual se desarrollan diferentes especies de enfermedades, gracias a este cambio que se da este ajuste entre la intervención médica y la aparición de la disciplina en el ámbito hospitalario, donde se produce el origen del hospital médico. La

función de esta disciplina hospitalaria consistirá en “(...) garantizar las averiguaciones, la vigilancia, la aplicación de la disciplina en el mundo confuso de los enfermos y de la enfermedad, y en transformar las condiciones del medio que rodeaba a los enfermos.” (Foucault, 1996, p. 76).

Como se ha podido esclarecer en este apartado, la medicina desde sus inicios no buscó generar una cura como tal en los pacientes, más bien se orientó a controlar a estas personas que eran catalogadas como “sujeto pato-genéticamente activo”, para evitar su propagación, se puede afianzar con los estudios de Foucault que la medicina o discurso médico tiene como función de catalogar al sujeto, no busca saber más allá del organismo, sin embargo como se explicó en el S. XVIII se da este nuevo hacer del médico sobre el paciente; en la actualidad se puede observar que sigue el discurso médico, ha podido observar sus limitaciones en el abordaje del paciente, debido que no es solo un cuerpo con un conjunto de órganos, sino un sujeto que piensa, siente, teme y que reacciona ante lo que se le explique en la consulta con el médico tratante, es aquí donde ocurre un nuevo viraje, desde la medicina, que empieza a incluir a la psicología, a la cual se delega todo aquello que no puede ser medicado por la medicina, que es la psique humana.

CAPÍTULO 3: LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA Y EL ROL DEL PSICOLOGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN

Las instituciones hospitalarias son establecimientos donde se presta un servicio especializado, de orden médico, con la finalidad de atender la salud, las enfermedades de las personas, de forma ambulatoria (no requiere hospitalización), y en internación, en todos los niveles de prevención; la institución hospitalaria donde se realizó la práctica define que los niveles de prevención, son de tres tipos que son: La prevención **primaria**: donde se busca evitar que la población adquiera la enfermedad, a través de vacunas antitetánicas, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc., la prevención **secundaria**: busca detectar enfermedades que estén en sus inicios de proceso de infección en el sujeto, para poder establecer las medidas más adecuadas e impedir su progresión, la prevención **terciaria**: va orientada ya al tratamiento de la enfermedad (en estado avanzado) en el sujeto, combatiendo la enfermedad con medicamentos, generando una rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes; a su vez estos centros de atención médica pueden ser generales o especializadas, de propiedad del estado o privadas.

Dichos lugares de servicio comprenden tres tipos de dimensiones; la dimensión tecnológica: se refiere al equipamiento y conocimientos necesarios de los profesionales para prestar un servicio de calidad, la dimensión física: abarca la infraestructura, e instalaciones necesarias para el funcionamiento del hospital a nivel de excelencia y la dimensión humana y gerencial: recae en los RRHH (recursos humanos), y la capacidad gerencial que hacen funcionar técnica, social y administrativamente a un hospital moderno.

3.1. EL DISCURSO HOSPITALARIO EN EL TRABAJO/ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

Durante la experiencia, se pudo constatar que el Hospital donde se realizó la práctica, ubica que el trabajo/rol del psicólogo (oncología e infectología: VIH/sida, donde se basó el aprendizaje), es atender las urgencias, inmediatas del día a día: abordar a pacientes que dejen el tratamiento (no han venido a chequearse en el tiempo designado), indagando el motivo de la falta y una vez esclarecido, reforzar la importancia de sus chequeos médicos, a su vez generando un reporte específico al médico, explicando el motivo de su falta; trabajar con los familiares sobre las dudas o miedos en común sobre diagnóstico, medicamentos, permitiendo disipar cualquier interrogante del momento, también se realizó grupos de psicoeducación (cada dos meses o mensualmente), con la finalidad de que el paciente o familiar resalte sus dudas o miedos al médico y a su vez el profesional permita responder aquellas dudas del momento; con el fin de brindar una solución “rápida” ante la problemática que se presente, con los pacientes.

Hay que tomar en consideración que el trabajo/rol del psicólogo está mediatizado por normas dentro de un establecimiento, limitando su atención al sujeto/usuario, aquí el psicólogo se remite a atender lo inmediato, que hace referencia a la urgencia del momento, que puede ser remitido por el médico cuando considera que el paciente se nota cabizbajo, temeroso, receloso a los medicamentos, intervención quirúrgica, etc., o en el caso que la institución delegue el paciente al psicólogo debido a que existe una falta de cumplimiento de las normas requeridas por la institución hospitalaria (días de chequeos, retiro de medicamentos, evaluaciones exigidas por el especialista médico, etc.).

Se ha podido observar que si bien la institución o médico busca el bien del paciente/usuario en tanto cumplimiento de normas, ingesta de medicamentos o tratamiento a seguir, solo se remiten al verbo cumplir, olvidándose u omitiendo, que el paciente que pide un servicio de atención especializada, es una persona, con una historia, no solo un seguimiento de enfermedades que hayan afectado la homeostasis de su cuerpo, sino un sujeto con una familia, lazos sociales, relación amorosa, creencias, miedos o temores a su enfermedad/pronóstico.

3.2. EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

Cuando se habla de equipo interdisciplinario, se hace referencia a un grupo de personas, con una amplia gama de disciplinas, donde trabajan en conjunto para la atención integral a los pacientes, tomar decisiones con una mirada unificada de los profesionales del área; en la institución hospitalaria, este equipo, estará conformado por: el equipo de enfermería, los médicos del área, el jefe de área, el psicólogo y en ciertos casos, incluye a la trabajadora social.

Este equipo interdisciplinario es creado por la necesidad que se observa durante la intervención del equipo de salud, ante problemas específicos que presentan los pacientes; a través de este trabajo en conjunto, se busca brindar un servicio especializado en tanto no de un solo profesional, sino a través de una gama de expertos en sus respectivas áreas, con la finalidad de poder esclarecer cual sería la mejor elección para la resolución de un problema en específico, esclareciendo que el sujeto no puede ser atendido netamente desde

la medicina únicamente, sino también desde su psique o de sus lazos sociales.

Los equipos interdisciplinarios en la institución hospitalaria surgen como necesidad para poder comprender aquellos problemas o situaciones específicas que presente el paciente, ya sea, someterse a una cirugía riesgosa, dejar de tomar medicamentos, omitir información por parte del familiar, problemas entre el médico y paciente, exigencias de la institución, etc., permitiendo un abordaje desde todas las áreas en el sujeto, facilitando su inmediata solución y mejorando la calidad de estadía del paciente dentro del hospital.

3.3. LA ÉTICA DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

La palabra Ética procede del griego “*éthos*” lo que significa costumbres (culturas), tomando en cuenta la actitud que posee la persona hacia la vida. (Macintyre, 1991).

Según la Real Academia Española, R.A.E (2001) la ética es parte de la filosofía, debido a que trata por un lado de la moral y de las obligaciones del hombre; acota que la moral es la ciencia que trata sobre el bien en general y de las acciones humanas, desde su bondad o malicia. Se puede deducir entonces que lo moral es el objeto de estudio de la ética y cuando nos referimos al término moral es para aquello que consideramos que está bajo el orden calificativo de “bien” o “mal” limitándonos al comportamiento humano. (Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española, 2001)

Por otro lado la psicología y la ética se parecen en tanto ambos estudian los actos humanos, por un lado la psicología le interesa conocer el aspecto del hecho, en tanto motivo, origen, por otro lado a la ética se interesa por el cómo debe de ser dicho acto (juzgado desde lo bueno o malo). La psicología entonces se enfocaría al estudio del acto (como objeto material-visible), por qué ocurre y la ética estudiaría los actos de bondad o maldad realizados por la especie humana y a su vez dictan normas de comportamiento entre sus semejantes.

Aclarado este punto, sobre su definición y etimología, entra la pregunta, ¿cuál es el motivo de este apartado?, ¿de qué forma entra este concepto en el trabajo del psicólogo en una institución hospitalaria? Como se ha venido explicando a lo largo de este trabajo, el psicólogo tiene que responder estos emergentes (de la institución, del paciente, del personal del área), remitiéndose a cumplir un deber asignado, ya sea por el jefe del área o de la misma institución, pero de forma inmediata, buscando generar respuestas rápidas, debido que se trabaja no solo con la persona infectada, sino también con una bacteria/enfermedad que ha afectado la homeostasis en la vida biológica del sujeto y que si no se trata de forma inmediata o se presta los cuidados necesarios puede generar consecuencias graves o incluso hasta la muerte.

Partiendo del párrafo anterior, el psicólogo dentro de un hospital no solo trabaja con un sujeto, también lo hace en el tiempo, en tanto la progresión de la enfermedad y a los posibles tratamientos que incluyen, esto limita el quehacer del psicólogo, cuestionándose, ¿Qué es primero, la subjetividad del paciente (en tanto cómo se ve, se siente, su vivencia hospitalaria, su diagnóstico, el tratamiento que está llevando, etc.), o generar una respuesta inmediata para que se someta ante determinado tratamiento y preservar su vida biológica?.

Hay que resaltar que el trabajo del psicólogo en estas instituciones es el abordaje ante la realización del tratamiento o ingesta de medicamentos, y la transmisión de la información necesaria hacia el paciente y familiares sobre la enfermedad y posible pronóstico, incluyendo la confidencialidad sobre lo que se hable durante las sesiones con el paciente o el familiar.

Como se ha señalado, en el hospital existe la urgencia, en tanto lo biológico, normas, reglas de medicamentos, citas, etc. Sin embargo, existe una urgencia que no es vista todavía en estos lugares, que es cuando se ha quebrado la homeostasis subjetiva del sujeto, ya sea por una ruptura emocional (pareja, familiar), por el despido laboral, por ser segregado por su enfermedad (en el caso de los pacientes de VIH), de ser vistos como insuficientes en tanto valerse por sí mismo por los familiares, bañarse, moverse, caminar, comer (pacientes que se someten a la quimioterapia), lo cual puede manifestarse institucionalmente como síntomas: dejando los tratamientos, mostrándose apático ante su diagnóstico, no ir a los chequeos médicos, dejar la ingesta de la medicina, mutismo, agresividad, entre otros.

Si bien el tiempo que se le permite al psicólogo abordar al paciente es limitado (sin embargo es central en este tipo de urgencia subjetiva), debido a que la institución tiene que cumplir un tiempo y número de pacientes atendidos. Es aquí donde el psicólogo, tiene su primer impase, el tiempo de atención, a exigencia de resolver todo rápido, sin error alguno, este apremio que debe ser resuelto de forma veloz, donde se puede generar que se pierda el paciente y el profesional, en tanto paciente que siente y ve su cuerpo con angustia o que se somete a un procedimiento médico y el

profesional que no puede prestar un servicio óptimo en el cual pueda localizar aquello que angustia o molesta al sujeto, debido a que cada consulta tiene un punto de urgencia que hay que leerla y encontrarla (el discurso del paciente/los decires).

Un segundo aspecto que aborda el psicólogo con los pacientes en los hospitales, es la culpa en tanto haber sido contagiado por la enfermedad, de haber omitido información el familiar, de no haberse cuidado como debía.

Según Lacan en su seminario VII, *La Ética del Psicoanálisis* menciona que: “el analista debe tomar en serio el sentimiento de culpa del analizante, pero no diciéndole que él no es realmente culpable, ni intentando suavizar, mitigar o atenuar su culpa porque, desde un punto de vista analítico, de lo único que el sujeto puede ser culpable es de haber cedido en su deseo” (1959/1988, p. 382).

El rol del psicólogo en estos centros de salud, no busca en quitarle la culpa o cargo de conciencia que tengan en base algún suceso en particular, más bien cuando el paciente exprese aquello es un logro para el analista, debido a que el sujeto está apareciendo y ubicar que carga significativa tiene dicha culpa y los impases que genera en su vida.

Cada profesional, en este caso el psicólogo está atravesado por sus urgencias, por su historia, sus valores, sus ideales. Desde allí se juzga y se opina, estableciendo lo que está bien o mal desde el comportamiento humano, el problema surgiría como un impase, si se interviene desde los propios principios morales o de valor, y peor aún si desde allí se trabaja por el supuesto bien de los pacientes. De

allí lo imprescindible de realizar un trabajo de análisis personal para despejar sus propios conflictos y no operar desde allí, ya que perturbaría el tratamiento.

La práctica de la psicología, siempre se está contrastando con otros profesionales y con los pacientes, debido a esto es importante que esta “tabla de valores” (cultural y social), sea revisada desde la ética profesional para no cometer el error de valorar una situación desde nuestra creencia de lo “correcto” o lo que “debería” de hacer el paciente, ya que el psicólogo tiene que hacer valer la autonomía del paciente, respetando su sistema de valores, pero llevándolos a la reflexión para que analice los efectos y las consecuencias.

Como el psicólogo tiene un estudio específico de la psique/comportamiento humano, podría hacerle creer que el proceder del profesional de esta rama es infalible, y cometer el error de pretender que es su deber y responsabilidad imponerlos. En este sentido, me parece oportuna la reflexión de Frondizi (1995) quien explica que “someter a examen crítico las tablas de valores que influyen nuestra conducta es tarea irrenunciable de todo hombre culto” (p.14), quiere decir que considera que es necesario u obligatorio que todo profesional de la conducta autoanalice su tabla de valores y los valores que sustentan su método o modelo de ayuda.

3.4. LA PSICOEDUCACIÓN EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

Durante la experiencia de trabajo pre-profesional en las áreas de Oncología e infectología: VIH/sida, se trabajó con pacientes que

dejaban la ingesta de las pastillas antirretrovirales, con pacientes que no querían someterse a una segunda fase de quimioterapia, o incluso cuando el familiar en ciertos casos omitía información sobre el diagnóstico de las pruebas. Al atender en estos casos se vio que es necesario entregar y analizar la información sobre su enfermedad y tratamiento, en tanto generar una retroalimentación sobre la enfermedad, consecuencias y tratamientos. Se buscaba que los pacientes vieran la necesidad del tratamiento, y que los familiares no caigan en el error de omitir información alguna ya que puede generar efectos riesgosos con el paciente (desconfiar del personal médico, abandonar tratamiento, sentirse solos/sin nadie en quien confiar), el implemento de la psicoeducación sirve como nexo entre el paciente/familiar y la enfermedad.

La psicoeducación es una de las herramientas que utiliza el psicólogo clínico, dentro de las instituciones hospitalarias, cuyo objetivo es informar al paciente y sus familiares, sobre los grados o procesos de la enfermedad, para que de esta forma se les permita una mejor comprensión, incluyendo su posible evolución y consecuencias de la no aplicación de los tratamientos que provee la institución, lo cual les posibilite pensar antes de actuar ante un problema que afecte su vivencia con la enfermedad. La finalidad de esta herramienta es permitir al paciente conocerse bajo su enfermedad, y pueda sobre llevarla.

Hay que resaltar que muchos de estos pacientes que ingresan por estas enfermedades catastróficas (VIH, Cáncer), entran con prejuicios, desconocimiento y dudas, lo que les impide adherirse al tratamiento, e incrementa su incumplimiento, aumentan las recaídas por dejar el tratamiento, elevando la carga emocional; se ha podido observar que se vuelven más sensibles, inseguros y adquieren temor a su futuro con su enfermedad.

Al ejecutar la psicoeducación se puede desarrollar de manera singular, grupal, familiar, o incluir solo a pacientes en un entorno clínico, tomando en cuenta que el tiempo de abordaje puede durar días o años debido a que se refuerza constantemente o cada vez que sea necesaria la información de la enfermedad.

Terán (2014) afirma que,

hay dos modelos de psicoeducación, que son: informativo y conductual, explica que el primero es de orden breve, debido a que el tiempo de duración varía de cinco a seis sesiones, donde se prioriza la transmisión e información sobre la enfermedad, acota que su eficacia es limitada, debido a que se busca resaltar las repercusiones clínicas, toma de medicación, etc.; la conductual en cambio actúa a través de intervenciones largas, donde se buscará priorizar los cambios de conducta, a través de fomentar que se realicen exámenes rutinarios para la prevención de un nuevo episodio de la enfermedad, incluyendo al manejo de los síntomas de la misma, mejorando hábitos, reestructurando sobre los prejuicios que se tenían en primera instancia sobre la enfermedad, ligado a la medicación y su adherencia” (p. 5).

3.5. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DEL MÉDICO DE ONCOLOGÍA Y DE LAS PSICOLOGAS DE LAS ÁREAS DE ONCOLOGÍA E INFECTOLOGÍA: VIH/SIDA, A TRAVÉS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS.

Psicóloga de infectología: comenzó desde los veinticinco años trabajando en la institución hospitalaria hasta la actualidad (trece

años de experiencia), durante su travesía en la institución observó en muchos casos como la jerarquía (médicos de muchos años sumados a su experiencia como profesional del área de infectología), señalaba que su labor como psicóloga era catalogado de innecesaria, explica que los psicólogos tienen que “luchar” no solo con el cumplimiento de las normas o exigencias institucionales, sino aprender a darse un lugar como psicólogo y lugar a su carrera.

Argumenta que tanto los pacientes como el personal de salud (enfermeras, psicólogos e incluso en ciertas ocasiones las trabajadoras sociales), tienen que trabajar con el discurso imperativo del médico: “lo que dice el médico se tiene que cumplir”, en tanto a la ingesta de medicamentos por parte del paciente, menciona que han existido casos donde ha tenido que hacer conciencia al médico explicando que “no se puede obligar a los pacientes a tomar un medicamento”, “se tiene que concientizar y sensibilizar”, aludiendo que no solo es un paciente, sino una persona que vive dicha enfermedad (VIH/SIDA).

La psicóloga relata que aparte de ser mediadora, también como profesional en psicología, tiene que aprender a llevar a los pacientes con su diagnóstico, acota que ha tenido (pocos) casos en donde no se puede iniciar un tratamiento, explicando que el sujeto está ligado a la empuje sobre el concepto de VIH, aquí menciona que prefiere tener una vez a la semana intervenciones donde se refuerza y explica sobre dichas pastillas, sensibilizando hablando a su familia, hijos, de esta forma tendría cuatro intervenciones al mes. Explica y anima el inicio del tratamiento con los medicamentos antiretrovirales, pero menciona: “no puedo ir contra mi ética”, “No puedo obligar a un paciente que tome medicamentos, aunque lo exija el médico, tiene que existir un trato de respeto entre los profesionales, debido a que “estamos trabajando dos áreas del sujeto, lo biológico y lo psíquico (vivencias, historia familiar, miedos,

creencias, costumbres, etc.) aquello que las pastillas no pueden curar”.

Psicóloga de oncología: comenta que desde el 2008, comenzó a trabajar en la institución hospitalaria como pasante, y como psicóloga clínica tiene cuatro años, al comienzo tuvo muchas dificultades en tanto, no se le permitía atender pacientes por parte de los especialistas; los médicos expresaban que: “el paciente no necesita psicólogo, no está loco”, “usted no estudió medicina, no sabe qué tiene el paciente”. Se mantuvo preguntando a cada paciente “como le había ido el día de hoy”, “como le estaban tratando”, en algunos casos atendiendo a los familiares. Explica que también trabajó con médicos que entendían el rol del psicólogo, y que gracias a su ayuda los demás médicos observaban como los pacientes iban “cambiando” en tanto su aceptación del diagnóstico, someterse a operaciones (quienes en primera instancia no deseaban hacerlo), incluyendo a los familiares, observando que empezaban a entender y comprender sobre la enfermedad de su familiar, dejando de generarle más preocupaciones o molestando al médico y enfermeras (pidiendo continuamente que se les explique sobre la enfermedad o pronóstico de su familiar).

La institución se maneja con protocolos, bioseguridad, en el área donde se desenvuelve; se le solicita “trabajar la urgencia”, bajar el malestar del momento de los pacientes o familiares/cuidador principal, explica que también se les da la función de reforzar el conocimiento e importancia de los tratamientos, sus posibles efectos secundarios. Esto a su vez le permite entender cómo el paciente está viviendo su experiencia hospitalaria, si está comprendiendo su situación, si existe una implicación del paciente de su enfermedad, recalca que no se puede obligar a ningún paciente a realizarse el tratamiento, sin embargo se les explica que tendría que firmar una hoja donde se exime a la institución de cualquier responsabilidad, incluyendo al médico asignado.

Explica que en el área de trabajo existe un staff conformado por: la nutricionista, el oncólogo, el jefe de área, las enfermeras, donde se expondrá el caso urgente o que amerite una intervención multidisciplinaria, lo cual permitirá que “nosotros nos adaptemos a las necesidades del paciente”, “incluyendo al familiar”, explica que no concibe que al paciente se le omita información respecto a su diagnóstico, ya sea por el familiar o la pareja, lo considera como “una falta de ética y moral”, explica, “no podemos darnos el lujo de ese error”, resaltando que no se explique o se permita no informar al paciente sobre su porvenir, debido a que “es una vida humana”.

Oncólogo: ejerce su profesión desde el 2008, explica que el trabajo del psicólogo clínico es de importancia, aclara que debe formar como parte integradora del equipo, acota que es “un arma” fundamental para el mantenimiento de la salud del paciente, pero también del familiar, quien se encuentra en muchas ocasiones mal o incluso peor que el mismo paciente por motivo de la enfermedad que está observando en su familiar y su posible pronóstico.

Explica que el psicólogo en su abordaje del paciente también trabaja desde lo biológico, debido que su sistema inmunológico se verá afectado no solo por la enfermedad, ni por los tratamientos de quimioterapia, sino por su estado psicológico, lo cual ha podido observar, durante su práctica profesional, acota que el psicólogo también trabaja con lo espiritual, en tanto las personas se aferran a creer en algo, que directamente influye en el sistema inmune del paciente, contribuyendo a la mejora y mantenimiento del mismo.

Desde su punto de vista considera que la inclusión de los estudiantes de la carrera de psicología en el área clínica debería realizarse en años iniciales de su carrera, declara que al tener en la consulta un talento humano que se encuentre brindando apoyo desde un punto de vista integral desde lo psicológico; ha sido una

experiencia gratificante ya que se ha logrado solucionar de gran manera los padecimientos emocionales y sentimentales de los pacientes, al darles los diagnóstico o noticia.

3.6. CASUÍSTICA:

Se eligieron entrevistas del trabajo realizado por el practicante en el periodo de las prácticas pre-profesionales de la carrera de psicología clínica, realizadas en una institución hospitalaria, en el periodo mayo 2016 a Enero 2017 en las áreas de infectología: VIH/Sida y Oncología.

El marco teórico que se usó de base en el trabajo con los pacientes de las áreas mencionadas, fue la utilización de conceptos claves del psicoanálisis. La técnica usada, las entrevistas semidirigidas, tiene como objetivo facilitar la reflexión dando mucha importancia los dichos de los pacientes, permitiéndose ir más allá de un diagnóstico o problema de salud que haya sido base para ser referido por el psicólogo, permitiéndole al practicante ir más allá de la enfermedad (lo observable por la institución, personal médico, familiares, e incluso el mismo paciente), indagando y buscando cual es la urgencia o problemática base que tiene una carga libidinal, permitiendo al paciente historizar, y de esta forma pueda pasar del goce condensado en la urgencia a otra forma de expresión, lo que posibilita apaciguar la angustia.

CASO “J”

“J” es un paciente del área de infectología: VIH/sida, tiene dos hijas de 13 y 15 años de edad, está casado; es derivado al personal de psicología por qué ya no desea tomar las pastillas antiretrovirales.

El médico explica que “J” le había solicitado algún nuevo tipo de medicamento, más pequeño, manifiesta el paciente que está agotado de estas pastillas “tan grandes”.

Se le pregunta si conoce algún nuevo tipo de medicamento que funcione contra el virus del VIH/sida, responde que no, se le vuelve a preguntar cómo así solicitó un producto el cual desconoce, se queda en silencio; hay que mencionar que se les aclara a los pacientes que el único momento que se cambia de medicamento es cuando dejan el tratamiento por un largo periodo, incluyendo sus posibles efectos secundarios (los cuales dependen del paciente, algunos no presentan ninguna sintomatología otros sí, pero no dura más de tres semanas, debido a que el cuerpo se está acoplado a dichos medicamentos, entre los efectos secundarios más frecuentes están: vómito, mareo, en algunos casos diarrea, problemas para dormir.).

En estos casos es indispensable que el paciente tome sus medicamentos para evitar que la carga viral suba y su sistema inmunológico baje, por este motivo, en primer lugar se habló de la importancia de los medicamentos que se le receta, incluyendo sobre las posibles consecuencias que implica dejarlo.

El paciente menciona que sí conoce que no puede dejar de tomar estas pastillas, y que continuará, solo que no desea seguir tomando estas “pastillas grandes”, se le pregunta desde cuando tiene este deseo de cambiar de medicamentos (hay que resaltar que los pacientes inician de una a dos pastillas, solo cuando recaen es

decir dejan de tomar los medicamentos por un tiempo prudencial se les refuerza la dosis, se aumenta la cantidad de pastillas).

“J” argumenta que desde hace una semana ha podido percibir ciertos problemas en su familia, que incluyen a sus hijas, y a su esposa; al poco tiempo, entra la enfermera, preguntando si el paciente va a seguir tomando los medicamentos, porque el médico tiene que generar la orden de las pastillas, el practicante le pregunta, “¿usted que decide?”, responde que “sí”, entonces se procede a terminar la consulta ya que previo a generar la orden de los medicamentos, tiene que estar presente el paciente, debido a que el médico tiene que leer el informe sobre los exámenes que se le mandó a realizar (chequeo del sistema inmunológico y su carga viral).

Se le ofrece que en la próxima consulta que tenga con el médico (en este caso fue después de dos semanas), puede acercarse, para seguir hablando sobre este problema que ha detectado en su familia, resaltando que siempre y cuando él quiera hacerlo, “J” responde “me parece bien”.

Al cabo de dos semanas, “J” se acerca dice que viene a la cita que se había programado hace dos semanas, preguntando que si seguía vigente, se le responde que este espacio siempre estará para él y cuando lo desee, el paciente sonrío.

Se le pregunta si ha continuado con los medicamentos- reforzando lo indispensable que son, para mantener en control el virus del VIH/sida- explica que no ha tenido problema con seguir tomándolos.

¿Cómo le ha ido en estas dos semanas? –baja la cabeza y respira profundamente-, su esposa se está alejando, desde hace un tiempo la nota distinta, “pareciera como si buscara alejarse”, explica que cada vez que puede se va donde la vecina a conversar, sale de

compras, sale con la familia de ella (a visitarlos, ir a reuniones familiares.), sin decirle nada, y a sus hijas de 13 y 15 años.

Por otro lado comenta que sus hijas le culpan, menciona que sus hijas dicen: “tú haces que mi mamá prefiera estar lejos de la casa, debido a que tomas medicamentos”, “J” explica que las hijas le habían dicho que la mamá está cansada de que tome los medicamentos, por otro lado, menciona que sabe tiene que tomar los medicamentos debido a que es el único ingreso fijo de la familia.

Se pregunta si las hijas tienen conocimiento sobre su enfermedad, responde que “solo saben que necesito tomar estos medicamentos para no enfermarme”.

¿Cómo vio a su pareja el día que le diagnosticaron el virus del VIH?, no hizo gesto alguno, solo se quedó callada, se le pregunto si ella también se hizo la prueba de VIH, responde que no, “debido a que ella sabe que no tiene dicho virus”.

¿Cómo se contagió del virus? (sin aludir o darle alguna connotación de que sea culpable), responde que no sabe cómo fue que lo contrajo, por la razón que solo se dedica a trabajar (como obrero), llegar a la casa a descansar y salir de nuevo a trabajar.

Narra que él ingresa al hospital por una fuerte tos y durante los chequeos se le pidió autorización para hacer también pruebas de VIH, cuando le sacaron una muestra de sangre, explica que como no hace nada más que trabajar, no tenía problema alguno, dice: “el que nada debe, nada teme”, es ahí cuando se entera, al cabo de unos minutos.

“J” dice que se siente culpable, se le pregunta ¿de qué?, responde de que su esposa se aleje por motivo que tiene VIH, que sus hijas lo culpen, dice: “por culpa de estos medicamentos mi mujer quiere irse, porque a lo mejor ha de sentir asco de mí”, y en cuanto a sus hijas dice: “entiendo porque me culpan, soy una persona con VIH, soy un padre que no está en casa por estar trabajando”.

Se le interrumpe y se le dice “¿realmente es culpable?”, “J” mira al practicante y le pregunta “¿Acaso no lo soy?”, el practicante responde que fue su decisión aceptar esa culpa, que es atribuida por sus hijas.

Sus hijas ven como su madre sale muy seguido, sumado a que posiblemente se sienten ignoradas, “J” desconoce cómo se infectó (sin culpabilizar a su pareja), se le reafirma que como padre está cumpliendo con sus hijas, está trabajando a pesar de su padecimiento; sus hijas lo culpan porque quizás es la única forma de encontrar una “respuesta” del porqué su madre se va de la casa frecuentemente, (se da un silencio de tres a cuatro minutos), “J” responde: “doctor, es verdad, yo mismo desconozco como me contagie, no busqué tener este virus”, (el paciente alza la cabeza y mira directamente al practicante), dice: “no voy a seguir culpándome, en cuanto a mis hijas quizás ellas estén mucho peor que yo al ver que su madre no está en casa, voy a procurar regresar temprano”.

Se decide cerrar la entrevista con, “J” pregunta si podría volver a venir al cabo de un mes (debido por su trabajo se le complica venir entre semana, pero que los días que tiene consulta con el médico si puede asistir por el motivo que su jefe le pide la hoja de chequeo médico para mantener su puesto de trabajo), se le dice que no hay problema, en un mes se lo verá de nuevo.

Al cabo de un mes “J” regresa en esta tercera entrevista se lo ve mejor (su ropa está más limpia en relación a las primeras dos entrevistas previas, incluso peinado), el practicante le pregunta cómo ha estado, “J” responde que más o menos explica que su mujer lo dejó hace dos semanas.

Su ex pareja le dice que no podía seguir viviendo con él, que ella no sentía lo mismo, responde que sus hijas se quedan con él, debido a que como ella no trabaja, pero él sí, puede mantenerlas y darles de comer.

La ex pareja de “J” no hizo reclamo alguno y se marchó de la casa, se le pregunta cómo lo tomaron las hijas, contesta que muy mal, cuando las hijas regresan del colegio, le preguntan dónde está mamá, contesta que se fue, y que no planea regresar, empezaron a llorar, sin embargo las abrazo y les dijo: “que su padre jamás se va a ir”, explica que los tres empezaron a llorar, se le pregunta cómo ha sido estas últimas semanas, para sus hijas y para él, comenta que empezó a delegar roles a sus hijas, incluyendo, el desayuno, almuerzo y merienda, así como lavar la ropa, son manejados por todos, menciona que desde que ese día ahora conversan más, se esperan para desayunar, y merendar, en el almuerzo no debido al trabajo, incluso sus hijas ahora le controlan que tome sus medicamentos y que coma bien para que no se vuelva a enfermar, explica que sí planea decirle que tiene VIH, pero cuando las considere aptas para entender.

Comentario: En este caso se puede ver que existen dos discursos, el primero es el discurso del paciente ante la institución, de no continuar tomando los medicamentos debido a que son “pastillas grandes”, causando problema con el médico en cuanto al cumplimiento de la ingesta del medicamento, chequeos, etc. el segundo discurso es del sujeto, lo que “j” menciona sobre los problemas con su esposa e hijas que se manifestaron como síntoma en la institución con la premisa de “pastillas grandes”.

Se buscó contestar la demanda del médico, usando la psicoeducación en tanto atender la información e importancia del tratamiento, resaltando la importancia que tiene en su vida, gracias a eso se consiguió que continuara con la ingesta de las pastillas.

Por otro lado, “J”, logra expresar los problemas con su familia, se le escucha, y se muestra importancia sobre este hecho, lo cual género que quiera venir a la segunda entrevista, logra decir que se siente culpable de que su pareja se vaya y que sus hijas le culpen.

A partir de esta verbalización citaré a Lacan en su seminario VII denominada *La Ética del Psicoanálisis* donde plantea que: “el analista debe tomar en serio el sentimiento de culpa del analizante, pero no diciéndole que él no es realmente culpable, ni intentando suavizar, mitigar o atenuar su culpa porque, desde un punto de vista analítico, de lo único que el sujeto puede ser culpable es de haber cedido en su deseo” (Lacan J. , 1959/1988).

Cuando un paciente se presenta con sentimientos de culpa, la tarea del analista no consiste en desculpabilizarlo, sino en descubrir en qué punto el paciente ha cedido algo del mismo.

“J” accede cargar con esta culpa generada por sus hijas, perdiéndose y angustiándose, es aquí donde se basa la urgencia de “J”, y se hace un quiebre interrogándole sobre esta culpa atribuida, reforzando su contribución como padre, el desconocimiento de su enfermedad (impulso yoico), es aquí donde hay una rectificación en tanto a la posición subjetiva frente al otro (sus hijas).

Esta intervención tuvo tal impacto, que se muestra en la tercera entrevista, donde su aspecto fenomenológico, cambia, llega peinado, con ropa más pulcra y cuando sucede la ruptura de pareja, se centra en el bienestar de sus hijas, organizando una mejor dinámica familiar e incluso mejor interacción de sus hijas con él.

CASO “M”

“M” es una paciente de oncología, de 18 años de edad, tiene cáncer de mama, en estadio uno, de tipo IA de estadio es invasivo, tomando el tejido mamal, el tumor mide no más de 2 cm, y no se ha extendido más allá de la mama, no existe ganglios linfáticos afectados (los ganglios están ubicados en todo el cuerpo, pero la mayoría se encuentra en la cabeza y el cuello, su función es de combatir los virus, bacterias y otras causas de enfermedades.).

“M”, es derivada por el oncólogo, el médico previamente a la intervención del psicólogo, explica que es una paciente que recién se entera de su diagnóstico, y tiene miedo a realizarse la quimioterapia.

“M” pregunta si el médico había informado el motivo por el cual es derivada, se le responde que se había informado que ella no desea realizarse el tratamiento de quimioterapia, se le pregunta si eso es verdad, asienta la cabeza, se le pregunta si tiene alguna duda sobre el proceso de quimioterapia y que si fuera así, no habría problema, de explicarle el proceso sumado a que el médico que la trató puede venir a responderle sus inquietudes sobre el proceso, explica que ya se le informó detalladamente, incluso se le hizo un esquema explicando el proceso –muestra la hoja donde se realizó dicha acción-.

Se observa que “M” no paraba de tocar su collar, se le hace comentario elogiándolo, “usted tiene un bonito collar, ¿quién se lo dio?”, “M” mira al practicante y sonrío, explica que se lo regaló la madre en su cumpleaños número dieciocho, se le pregunta si vino con ella, asienta la cabeza, pero en ese momento deja de agarrar el collar, y mira para abajo.

Al observar esto se infiere que existe la posibilidad de un roce/pelea con la madre, se decide cambiar de tema, al mismo

instante, “M” le pregunta al practicante qué opina de las mentiras, responde que depende de quienes la realicen, amigos, familia, pareja, se le devuelve la pregunta, “M” responde que “las odia”, realiza énfasis en lo siguiente “en especial cuando viene de los padres de uno”.

El practicante comenta que a veces a los padres les cuesta decir ciertas cosas a los hijos pensando que los podrían lastimar, son “errores de padres”.

Se le pregunta ¿quién le mintió?, exclama en un tono un poco elevado “mi mamá”, ¿Cuándo ocurrió?, hace dos meses ella venía sintiendo un fuerte dolor en su seno derecho, como “ligeras pulsadas”, le molestaba y preguntó a la madre si era normal, explicaba que ella siempre duerme del lado derecho y creía que podría ser por ello el dolor, sin embargo quería la opinión de la madre, ella le dice que posiblemente sea por la forma de dormir; sin embargo, separó cita para hacerse chequeo con el médico de la familia.

Cuando le realizaron los exámenes, la madre no hacía mención de los resultados a “M”, al percatarse de eso, decide preguntarle a la madre, responde: “aún faltan exámenes confirmatorios”. “M” decide preguntarle al padre, a lo que responde lo mismo que la madre.

Explica que el día de hoy que vino al hospital, la madre tuvo que contestar una llamada, y como las citas salen al nombre del paciente, se le llama a que ingrese a la consulta del médico. Al entrar el médico le explica sobre los resultados y el posible plan para atacar la enfermedad, “M” responde que nunca se le informó nada.

La madre al cabo de unos minutos, entra a lo que “M” dice “me mentiste”, el médico dice: “a veces los resultados se demoran en darse y por esa razón tu mami no te había dicho nada” (un intento de cubrir y apaciguar por parte del médico la situación).

Al terminar de narrar el suceso, “M” se queda en silencio, se le pregunta, ¿qué piensa hacer ahora?, responde: “nada”, “me mintieron”, “lo hecho, hecho esta”, se le explica sobre su situación (el cáncer y sus posibles consecuencias si no se realiza la quimioterapia), dice que no sabe qué hacer.

El practicante le pide a “M” que le espere un momento, va donde el oncólogo y le explica la situación, le propone que se espere una consulta más para realizarse la firma de la ficha para el inicio de la quimioterapia, accede el oncólogo.

Se le explica que comprende el enojo hacia los padres (más con la mamá), sin embargo tiene una enfermedad que debe de tratarse, se le pidió al oncólogo que se esperara hasta su próxima cita (dentro de tres semanas).

“M” pregunta por qué lo hizo, explica que es una noticia que no se esperaba, posiblemente, sus padres no le habían informado, considera que en este momento debe ir a descansar, se le recomendó dos puntos, la primera las consecuencias de no realizarse la quimioterapia, en tanto la enfermedad avance y sea mucho más grave y se le sugirió preguntar a los padres, el motivo por el cual omitieron la información.

“M” pregunta por qué hizo todo eso (de nuevo), se le explica que es verdad que padece de una enfermedad nueva para ella, sin embargo la conmoción, la duda, el enojo que pasaba en ese momento es algo que no puede ser medicado, es decir “curado” en el momento, es algo que se toma un tiempo y depende de cada sujeto cómo sobrellevar el impacto del momento (exponiendo su vivencia reciente), se considera que es momento de aceptación de su enfermedad, permitirse comprender su situación y consecuencias, sumado a los actos de sus padres, “M” responde con un “gracias” y menciona que “en tres semanas lo veré doctor”.

“M” regresa al cabo de tres semanas, se le pregunta ¿cómo le ha ido, y qué decidió hacer?, a los tres días de haber regresado a la casa, pasó en silencio, no comía, no hablaba con los papás, explica que recuerda lo que se le mencionó en la primera entrevista “error de padres”.

Al cuarto día a las 7 pm más o menos, les pidió a los papás, una respuesta por haber omitido la información de la enfermedad. Se sentía enojada, triste e insegura, los padres respondieron que no sabían cómo decirle, tenían miedo que se deprimiera, que se sintiera mirada, distinta por la familia, que planeaban decirle, solo que no sabían cómo hacerlo, refuta diciendo “pregunté muchas veces”, los padres contestaron “es verdad, solo que no sabíamos cómo decírtelo sin que te pusieras triste, porque eso es lo que menos queríamos”.

En ese momento, la mamá se levantó y empezó a llorar y diciendo “no quiero perderte”, “M” menciona que sintió un nudo en el estómago y que empezó a dolerle fuertemente el brazo izquierdo (somatización histérica) sin embargo cogió y abrazó a su mamá y ambas lloraron.

Después de la escena de llanto, dijo que si se realizaría la quimioterapia con la condición de que ambos siempre fueran y que entraría con ellos al consultorio con el oncólogo.

“M” menciona que el psicólogo tenía razón cuando le explicó que necesitaba un tiempo para comprender de su enfermedad, aceptarla y preguntar las causas.

Actualmente “M” continúa su tratamiento, se observa a los papás esperando a “M” cada vez que se está realizando la quimioterapia, no se ha podido continuar realizando un seguimiento debido a que después se entró a fechas navideñas y hubo un cierre de las prácticas.

Comentario: “M” es una paciente que ingresa a la consulta sin conocer diagnóstico alguno, se topa ante un impase muy grande para ella, que no radica en tanto el grado de la enfermedad, más bien va del lado de la mentira.

Como lo explica en el relato a la madre, “me mentiste”, hay que señalar que en este mentir u omitir información por parte de los familiares es un error muy común, en tanto tienen miedo de decirlo, cómo se sentirá su familiar, en este casos los padres, en este caso, la madre de “M” omite por miedo y desconocimiento de cómo abordar a su hija ante esta enfermedad que se presenta en el cuerpo de su hija.

Aunque se les explica muchas veces a los familiares que la persona que debe dar el diagnóstico es el médico, ellos no tienen la potestad de omitir información debido a que es un derecho que tiene el paciente.

El médico al observar esta situación opta por tapar este error por parte de la madre sin efecto alguno, sin darse cuenta que se pasa por alto lo que la paciente está pensando, el enojo que tenía “M” en aquel momento.

Debido a que el médico solo observaba lo inmediato dar el tratamiento a la enfermedad lo antes posible; se pide al psicólogo que aborde a la paciente para que le incite a iniciar el tratamiento debido a que está todavía en una fase temprana, lo cual se hace, pero dando espacio y respetando la subjetividad de “M”, no exigiendo una inmediata respuesta, más bien dejando que se vaya y piense su enfermedad y consecuencias (aceptando que es algo muy importante por hacer).

Esto permite que pueda preguntar a los padres el motivo de omitir la información, generando una respuesta a “M” permitiendo que se ubique en tanto un sujeto que puede decidir y elegir sobre su tratamiento, lo cual se muestra, debido a que ella decide realizarse

la quimioterapia pero estableciendo sus condiciones a los padres, que estén ahí y que ella entra junto a ellos para escuchar sobre la evolución de su enfermedad.

CASO “K”

“K” es una paciente del área de oncología, se le detecta el cáncer de mama a los treinta y seis años, cumple con sus ciclos a cabalidad, y se realizaba chequeos médicos cada cierto tiempo, para detectar cualquier posible reincidencia del cáncer de mama.

A los treinta y ocho años, vuelve a ser diagnosticada con cáncer de mama metastásico, sin embargo ahora es recurrente; se dice recurrente porque ha vuelto aparecer en la mama del diagnóstico original, en la otra mama o en la pared torácica después de un determinado período en el que el cáncer no fue detectado o extirpado por completo, se dice metastásico debido a que se ha propagado a otras partes del cuerpo. Ambos se consideran tipos de cáncer en estado avanzado.

“K” fue derivada al psicólogo al no querer retomar el tratamiento de quimioterapia, el oncólogo explica que “K” viene haciéndose chequeos pasando dos a tres meses, durante los últimos nueve meses.

En sus últimos exámenes se reveló una protuberancia en el seno derecho, y para descartar cualquier duda, mando a realizar un examen de mama, en la cual se corrobora la duda del oncólogo.

Se observó que el cáncer estaba empezando a tomar el estómago, incluyendo el seno izquierdo, le comenta los resultados a “K” sin embargo ella no desea realizarse nada.

Explica que la hija de dieciocho años, quiere que se realice de nuevo el esquema de quimioterapia.

Se le pregunta si conoce el motivo de que este en el departamento de psicología, dice que el oncólogo lo sugirió, está preocupado sobre su decisión, de no realizarse de nuevo la quimioterapia.

Se le pide que comente sobre su decisión, dice que durante los nueve ciclos de quimioterapia, la pasó agobiante, con diarrea, dolor de uñas (pies y manos), hormigueos en la palma de los pies y manos, pérdida de cabello, a veces no podía dormir por los dolores, incluso dejó de comer (son síntomas frecuentes como efecto secundario de la quimio la cual incluso se explica antes de realizarse dichos ciclos).

Se le pregunta si dijo eso a su hija y al oncólogo, *“¿para qué?”* *“ellos no vivieron lo que yo viví, ellos simplemente estuvieron de espectadores”*.

Conoce en la situación que se encuentra, debido a la metástasis que se le detectó en uno de los exámenes, la cual como es recién detectada, se puede atacar con una probabilidad alta de destruir las células cancerígenas (explicado por el oncólogo previamente a la cita con “K”).

“K” dice: *“quien me asegura que no me volverá a dar, así me dijeron la primera vez, que me iba a curar, pero me dio metástasis”,* *“no quiero volver a ponerme inyecciones, no quiero estar sometida a un asiento durante 5 horas, quiero que se respete mi decisión”*.

El practicante comenta que sí se ha respetado su decisión, no se le ha hecho firmar la hoja para el inicio de la quimioterapia, solo que su familiar y oncólogo están preocupados y por ende sugirieron este espacio, para que pueda analizar con más calma su situación.

Se le aclara que es su vida y cuerpo están en juego y como ella relató, usted es quien vivió todo los efectos secundarios de la quimio, pero también tiene que tener en mente las posibles consecuencias y dolores que podrían venir si la metástasis sigue avanzando así como el cáncer de mama del lado izquierdo.

Se le propone a “K” que vaya a descansar, que piense detenidamente las posibles consecuencias de su decisión, la cual se está respetando.

“K” comenta “al menos usted si me comprende”, “no me exige que me haga en este momento la quimioterapia”, a lo que el practicante responde, “usted me permitió entender lo que sucede y lo que piensa acerca de este diagnóstico, incluyendo del porque no quiere hacerse de nuevo el tratamiento, al decirlo y no quedarse callada”.

La cita se separó dentro de dos semanas, el practicante comenta de la situación con el oncólogo, él dice que si no se decide pronto realizarse un nuevo esquema, será muy tarde y la metástasis estará en un grado muy elevado para ser tratado.

Al cabo de dos semanas “K” regresa a la consulta, se le pregunta cómo ha estado, menciona con ciertos dolores en el área del estómago, sumado a una roncha que observa ahora en el seno derecho, se le responde que son posibles síntomas de su metástasis y el cáncer que pasó al seno izquierdo (se usa el término “posible” debido a que el médico es el único que puede mencionar sobre el diagnóstico-recomendación de la psicóloga-).

Responde “K”, *“que es verdad, sin embargo ya tomé mi decisión”, se le responde “y se le respeta su decisión”,* la paciente hace el comentario que su hija ya no le exige que se realice la quimio, “usted quería que sucediera eso, y su hija lo está haciendo”, “se tiene que sentir mejor ahora, ¿verdad?”, responde: “no”, *que se siente abandonada, nadie se preocupa por ella, aclara: “ni el oncólogo, ni mi hija”.*

Se le explica que no necesariamente tiene que ser así, más bien le están dado su espacio, están respetando su decisión, comenta que ella siempre se sintió como una más del montón, se le pide que explique mejor, dice: “cada vez que venía a realizarme la quimio, solo iba a sentarme y dormirme (prefiero dormirme porque así pasa el tiempo de estar sentada y no me percató del dolor, ya me sentía acostumbrada).

Mi hija me esperaba, me hacía ver por el oncólogo para la nueva cita y se repetía el proceso”, se le responde “ya no va a seguir con ese proceso”, “ahora usted eligió un camino distinto”, a partir de ahí, se cuestiona si su elección fue la correcta, le pregunta al practicante que si ella eligió bien, responde que no puede catalogarlo como correcto o incorrecto, porque usted es dueña de lo que le suceda a su vida y cuerpo, se queda en silencio y pregunta que si es tarde para una posibilidad de retomar la quimioterapia, se le responde que no, pero para separar cita con el oncólogo habría que preguntarle.

Al término de la sesión, se acerca donde el oncólogo y le comenta del deseo de “K” de retomar la quimio, el médico responde que no hay problema y se prosigue a separar cita para “K”, se pierde contacto con “K”, debido a la diferencia de horarios, semanas después se la encuentra y le pregunta cómo ha estado, responde que mal en tanto a los efectos secundarios de la quimio, pero se siente bien, porque la hija se preocupa por ella y siente que el oncólogo está mucho más pendiente de ella.

Comentario: hay que aclarar que no se pudo hacer un seguimiento prolongado con “K”, debido a los motivos del cierre de la práctica y el día de la cita con el oncólogo, no era un día que atendía el practicante.

Sin embargo durante el abordaje del practicante, se detectaron los siguientes puntos; la posición subjetiva frente al otro (el médico y la hija), que manifiesta con su silencio, no dice lo que siente y piensa al respecto de volver a someterse a quimioterapia, sumado a la metástasis que se detectó, omitiéndose a sí misma como sujeto capaz de hablar y expresarse.

Cuando “K” dice: “quien me asegura que no me volverá a dar, así me dijeron la primera vez, que me iba a curar, pero me dio

metástasis”, aquí se pone en juego otro punto que es el bienestar de su cuerpo y lo que se le dijo como “promesa”, que se iba a recuperar.

Para la identificación del sujeto se debe tener en consideración la formación del inconsciente tales como: síntomas, lapsus, sueños, transferencia, metáforas, etc. Ya que estas producciones se presentan como expresiones subjetivas y también son localizables en cualquier discurso que utilicé o se exploré durante la entrevista, es aquí cuando “K” expresa: quien me asegura que no me volverá a dar (...)”, hace alusión con el psicólogo “voz de voto”, en tanto explicando y hablando como se siente ante esta nueva situación, permitiéndose ser escuchada.

Se puede observar que gracias a la ayuda de la hija, médico y psicólogo se le facilita que exprese como vivió la primera parte del tratamiento, y respetar su decisión de no hacerse la quimioterapia, generó que la paciente puede darse tiempo para analizar, procesar y decidir retomar la quimio, permitiéndole, sentir que es capaz de elegir por sí misma, el inicio y no obligada, pero también que es respetada y considerada por su hija y el médico; ya no es una paciente que duerme durante el tratamiento, sino que se apropia de él, de su recuperación.

CONCLUSIONES

Mediante la experiencia obtenida en la institución hospitalaria de Guayaquil, donde se realizó las practicas pre-profesionales en el periodo Mayo 2016 a Enero 2017, en las áreas de Oncología e Infectología: VIH/SIDA, se obtuvieron los siguientes resultados partiendo de la relación de los casos con los objetivos planteados:

- Durante la práctica se pudo observar, que el médico tiene un horario, un excesivo número de pacientes que atender, que varían entre 15 a 20, sumado a las urgencias que se pueden generar en los pisos, se podría decir que imparten una atención “robótica”, estandarizada, lineal, que en muchos casos, afecta a los pacientes debido a las dudas miedos, que puedan tener en el momento de la consulta, y al ver este semblante, prisa por parte del médico, limita la posibilidad que hable como sujeto y no solo sea visto como paciente con una enfermedad.
- Las enfermedades son muy complejas, rodeadas de creencias erróneas y asociadas a muerte, la mayoría de los pacientes desconocen que actualmente existen tratamientos que permiten curar las enfermedades y/o garantizar calidad de vida
- Durante la entrevistas con los pacientes designados por la institución, se observó que muchas veces los médicos solo les responde sobre las dudas de su enfermedad, pero se olvidan que son personas y no solo pacientes, generando que incluso ellos mismos se vean como simples enfermos.
- Los médicos/especialistas solo se remiten al discurso de la medicina, limitándose a tratar lo observable y lo

que se pueda estudiar del cuerpo, basándose en las enfermedades o virus como aquello que irrumpe en la homeostasis del cuerpo en una zona específica del mismo, arremetiéndole, inyecciones, tubos, catéteres, medicamentos en ciertos casos, sin considerar la opinión, angustia, temor del paciente bajo la premisa o discurso de salvarle la vida o curarlo.

- Por otro lado el discurso de la psicología clínica con orientación psicoanalítica, en un ambiente hospitalario, procura que el sujeto no se quede con lo que se diagnosticó (sin omitir su importancia), así como se evidenció en los casos de “J”, “M”, y “K”. Se demostró que no solo eran atendidos desde las posibilidades de la enfermedad, se les brindó un espacio para que pongan en palabras lo que piensan, sus temores, como afecta no solo su cuerpo sino su vida familiar, sus decisiones también se hizo referencia a los motivos de su decisión, sin desvalorizarlos y respetando sus razones.
- Los médicos estaban preocupados por iniciar el tratamiento en el caso de “M”, “K” y “J”, como se explicó, para Lacan el sujeto se origina cuando se lo enlaza con la palabra, el lenguaje, desde sus formaciones del inocente, como: sus lapsus, metáforas, síntomas, etc. que son justamente expresiones particulares, en estos tres casos cada uno marcaba su síntoma ya sea desde: “las pastillas grandes” (caso “J”), “me mentiste” (caso “M”), “el silencio/ no querer iniciar la quimioterapia” (caso “K”), expresando su urgencia, pero también su posición como sujeto, que piensa, vive, siente, y sufre, no solo como un paciente con un conjunto de órganos que son tratados y medicado.

Para concluir, hay que tomar en consideración que el psicólogo también se somete a este discurso hospitalario, en tanto atención, rápida, eficiente, solución de problemas inmediatos, abordar casos urgentes, buscando que continúen con los tratamientos, pero debe saber mediarlos, permitiendo que el paciente hable desde su vivencia; reconociendo que es un sujeto, no solo un paciente o un organismo que debe aceptar una enfermedad y tratamiento.

La enfermedad no se reduce a un órgano, cuerpo afectado, sino el impacto en su subjetividad, en las relaciones con sus familiares, en su imagen y representación de su cuerpo.

J, K, M, fueron reconocidos como sujetos con un saber sobre su vida, su cuerpo, como viven la enfermedad, el tratamiento, dándoles un espacio para analizar su situación, sin exigir una inmediata respuesta, debido a que todos tienen un tipo y forma de ver su vida y como sobrellevarlas, lo que generó en los tres casos conocer el motivo de su resistencia al tratamiento, con sus particularidades y así llegar a una solución, en base a los requerimientos médicos y de la institución; pero también para el cuidado de la salud de los pacientes.

Darles un tiempo para procesar, colocando otras preguntas que les permita analizar su vida facilita que tomen una decisión para iniciar o retomar un tratamiento y asumir su recuperación con nuevos elementos.

RECOMENDACIONES

A partir de la investigación, basándose en la experiencia del practicante, incluyendo los casos, se llegaron a los siguientes puntos:

- No debe catalogarse todo aquello que vaya en contra un protocolo o procedimiento para atender a un paciente en de la institución (normas) como una “emergencia”, más bien se tiene que promover la investigación del porque sucede dicho acto, puede ser intervenido por la trabajadora social, indagando sobre el entorno familiar o social, y el trabajo del psicólogo, permitiendo que el sujeto historice desde su vivencia particular dicha emergencia.
- Promover que los médicos encargados, pregunten a sus pacientes como le va con el tratamiento, indagando no solo los efectos secundarios, sino más bien como se sienten hasta el momento, si tienen alguna recomendación, o incluso preguntarles sobre cómo se sienten atendidos, generando así un grado de confianza entre el médico y paciente, permitiendo que el paciente no se sienta uno más, sino que sienta que es una atención personalizada.
- Hacer charlas a los familiares, enfatizando que no se debe omitir información alguna sobre los diagnósticos o pronóstico de enfermedad, que deben dejar que el profesional médico hable de los resultados.
- No exigir en todos los casos respuestas inmediatas, para someterse a un tratamiento, se debe considerar que no todos pueden aceptar un diagnóstico o incluso comprender debido a la conmoción, en los casos que los pacientes hayan desconocido sus resultados.

- No usar la palabra “curar” en el área de oncología, debido a que después de su tratamiento, va a estar haciéndose chequeos cada seis meses, haciéndose exámenes, para descartar la reincidencia del cáncer, por ese motivo, se recomienda usar, la palabra tratamiento, debido a que no impone una posibilidad de cura, más bien un seguimiento constante.
- Se recomienda que se instruya a los pacientes, incluyendo al personal médico sobre sus derechos y deberes como ciudadanos, se pudo apreciar en muchos casos del área de infectología VIH/sida, se les obligaba llevar una hoja de verificación que han sido atendido por el médico y sus resultados, afirmando que están en control y no existe peligro alguno de ser contagiados, en el lugar de trabajo del paciente, lo cual atenta contra la integridad y derecho de privacidad del sujeto.
- Se recomienda, que antes de abordar a los pacientes que padezcan de VIH o cáncer, desmitificar sobre el concepto que se tienen de dichas enfermedades catastróficas, en tanto su mortalidad, reforzando las posibilidades que tiene, los beneficios de cuidarse como se le recomienda, generando que el sujeto no solo sienta que tiene un padecimiento, sino más bien que puede enfrentar su enfermedad, con mejores recursos.

Bibliografía

- Bleichmar, Silvia . (1984). *En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia*. Buenos Aires.: Amorrourtu Editores.
- Carina, V., Gabriela, A., Nidia, R., Miguel, M., & Rodrigo, T. (2 de Noviembre de 2012). Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH/SIDA. Quito, Ecuador.
- Catala Villanueva, C., & Uriz , R. (1991). *Qué es un niño en Psicoanálisis*. Pamplona, España: Centro Psicosocial de Navarra.
- Cruzado. (2010). Capítulo 1: Introduccion. El cancer. En *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Sintesis.
- Dr. Javier Puente. (Lunes de Marzo de 2015). *SEOM*. Recuperado de <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- Dr. Marie Jean Sauret. (1995). *LO REAL, LOS SIMBÓLICO Y LO IMAGINARIO*.
- Ecuador, Asamblea Nacional del. (2008). <http://www.asambleanacional.gob.ec>. Recuperado de http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Foucault, Michel. (1996). Obtenido de <http://www.edipica.com.ar>: <http://www.edipica.com.ar/archivos/jorge/filosofia/foucault2.pdf>
- Frondizi, R. (1995). *¿Qué son los valores?* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Hernán G. Rincón-Hoyos, Alejandro Castillo 2Clara Reyes, Carlos E. Toro, Juan C. Rivas, Ángela Pérez, María G. Hoyos, Betty Gómez, Dany Moreano, Sonia Bersh, Ómar F. Salazar, Sonia Jiménez, Viviana Escobar, Jennifer Nessim, Martha Atehortúa, María del R. (Junio de 2006). *Atención psicosocial integral en enfermedad catastrófica*. Obtenido de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33306591/v35s1a05.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1489123994&Signature=vmm7ilz4JFDp7JIW87295%2F6pwhU%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DATencion_psicosocial_integral_en_enf
- Juan A.Cruzado Rodríguez. (2010). Tipos de cáncer. En *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer* (pág. 14). Madrid: Sintesis.
- Juan cruzado. (2010). Capítulo 1: Introducción. El cáncer. En *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer* (págs. 11-12). Madrid: Sintesis.
- Lacan, J. (1991). *Momentos Cruciales de la Experiencia Analítica*.

- Lacan, J. (1949). El Estadio del espejo. En *Escritos I* (p. 100). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Lacan, J. (1957 – 1958). *El Seminario V: Las Formaciones del Inconsciente*. Barcelona: Paidós.
- Lacan, J. (1959/1988). *El Seminario, Libro VII. La Ética del Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1969). *Seminario 17: El Reverso del Psicoanálisis*. Bs.As.1992.: Paidós, 1ª reimpresión.
- Leonardo Peskin. (s.f.). Obtenido de www.elpsicoanalisis.org.ar:
<http://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero4/resenasujeto4.htm>
- Macintyre, A. (1991). *Historia de la Ética*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Noguerol, A. (1998). *Investigación y didáctica de la lengua y la literatura*. Mendoza : Barcelona: SEDLL/ICE/HORSORI.
- OMS. (2016). Obtenido de http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
- OMS. (2016). *Organización Mundial de la salud*. Recuperado de http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
- Organización Mundial de la salud (O.M.S.). (4 de Febrero de 2014). <http://www.salud.gob.ec>. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-garantiza-acceso-a-la-salud-de-pacientes-con-cancer-2/>
- Perrotta, G. V. (2002). <http://www.psi.uba.ar>. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad7/obligatoria/concepciones_sujeto.pdf
- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. (2001). Madrid: Espasa.
- Rodolfo, Ricardo . (1989). *El niño y el significante*. Argentina: Paidós.
- Vega, V. (Febrero de 2015). *El Complejo de Edipo en Freud y Lacan*. Recuperado de Universidad de Buenos Aires.Facultad de Psicología.: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/complejo_edipo.pdf
- Vega, V. (Febrero de 2015). *EL COMPLEJO DE EDIPO EN FREUD Y LACAN*. Recuperado de Universidad de Buenos Aires.Facultad de Psicología.: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/complejo_edipo.pdf
- Vega, V., De Vedia, P., & Roitman , D. (2011). *Narcisismo e identificación en la fase del espejo*. Recuperado de Universidad de Buenos Aires: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/narcisismo_identificacion.pdf



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Jaramillo Carlos Andrés Jaramillo Béjar** con C.C: # 0917457228 autor/a del trabajo de titulación: **“Posición ética del psicólogo clínico frente a pacientes con diagnósticos oncológicos y de VIH SIDA en una institución hospitalaria “previo a la obtención del título de Licenciado en psicología Clínica en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.**

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

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

Guayaquil, **21 de Febrero del 2017**

Carlos Andrés Jaramillo Béjar

C.C: #0917457228

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	"Posición ética del psicólogo clínico frente a pacientes con diagnósticos oncológicos y de VIH SIDA en una institución hospitalaria"		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Jaramillo Béjar Carlos Andrés		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Rodríguez Jaramillo Sonia Josefina		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Lcdo. en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	21/02/2017	No. DE PÁGINAS:	83
ÁREAS TEMÁTICAS:	Atención hospitalaria, ambulatorio, Constitución subjetiva		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Virus del VIH/SIDA, Cáncer , Atención psicológica, Paciente, Sujeto		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>Se brindó atención psicológica a pacientes oncológicos y portadores de VIH/SIDA "<i>(Virus de la Inmunodeficiencia Humana) el cual es el agente infeccioso determinante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)</i> (OMS, Organización Mundial de la salud, 2016)", quienes optaban por dejar de tomar medicamentos (antiretrovirales/ pacientes con VIH/SIDA) o en el caso de los pacientes oncológicos que deseaban ya no realizarse un segundo tratamiento de quimioterapia cuando se les detectaban una reaparición del cáncer en una zona específica del cuerpo, para analizar otras causas o factores subjetivos que incidían en esas decisiones para atender su salud.</p> <p>Se observó que la institución busca que los pacientes continúen con los tratamientos, debido a que deben cumplir protocolos de atención y son valorados por el cumplimiento de los mismos y número de pacientes atendidos; aquellos pacientes que no cumplan con dicha norma, se procede a derivarlos a otros centros de salud (en el caso de los pacientes con VIH) o con los pacientes oncológicos que no desean realizarse un esquema de quimio, se les hace firmar una hoja en la que exoneran a la institución de cualquier responsabilidad, incluyendo al médico que les estaba brindando su servicio. Lo cual me llevo a reflexionar sobre la ética del psicólogo clínico y la importancia del trabajo interdisciplinario.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0984253112	E-mail: carlitos-jara@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Gómez Aguayo, Rosa Irene		
	Teléfono: +593-4-2200511 (extensión 1419)		
	E-mail: rosa.gomez01@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):	