



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE  
LA EDUCACION  
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

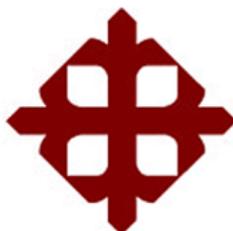
**TÍTULO:  
PROBLEMÁTICAS SUBJETIVAS EN LA POBLACION  
PEDIATRICA DE LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL  
“DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”**

**AUTOR (A):  
BELLIO LYLE NABILA  
MACKENZIE UGARTE DANIELA**

**PSICÓLOGO CLÍNICO**

**TUTOR:  
GUERRERO DE MEDINA NORA**

**Guayaquil, Ecuador  
2013**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION  
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Daniela Mackenzie Ugarte** y **Nabila Bellio Lyle** como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Psicólogo Clínico**.

**TUTOR (A)**

---

**Dra. Nora Guerrero de Medina**

**REVISOR(ES)**

---

(Nombres, apellidos)

---

(Nombres, apellidos)

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

---

**Psi. José Acosta**

**Guayaquil, a los 23 del mes de Mayo del año 2013**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION  
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Daniela Estefanía Mackenzie Ugarte**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación **PROBLEMÁTICAS SUBJETIVAS EN LA POBLACION PEDIATRICA DE LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”** previa a la obtención del Título **de Psicólogo Clínico**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, 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 23 del mes de Mayo del año 2013**

**EL AUTOR (A)**

---

**Daniela Estefanía Mackenzie Ugarte**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION  
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Nabila Bellio Lyle**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación **PROBLEMÁTICAS SUBJETIVAS EN LA POBLACION PEDIATRICA DE LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”** previa a la obtención del Título **de Psicólogo Clínico**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, 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 23 del mes de Mayo del año 2013**

**EL AUTOR (A)**

---

**Nabila Bellio Lyle**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION  
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Daniela Estefanía Mackenzie Ugarte**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **PROBLEMÁTICAS SUBJETIVAS EN LA POBLACION PEDIATRICA DE LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 23 del mes de Mayo del año 2013**

**EL (LA) AUTOR(A):**

---

**Daniela Estefanía Mackenzie Ugarte**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION  
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Nabila Bellio Lyle**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **PROBLEMÁTICAS SUBJETIVAS EN LA POBLACION PEDIATRICA DE LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 23 del mes de Mayo del año 2013**

**EL (LA) AUTOR(A):**

---

**Nabila Bellio Lyle**

## **AGRADECIMIENTO**

***“A mi madre, hermanas y demás familiares por el apoyo incondicional que me han brindado, puesto que me ha servido para ser perseverante en mis actividades, a los profesores por el apoyo durante toda la carrera”.***

**Daniela Mackenzie Ugarte**

***“Agradezco a mis padres, hermanos y otros familiares por haberme brindado su confianza y apoyo durante todos estos años. A nuestra directora de tesis, Dra. Nora Guerrero de Medina, quien con sus conocimientos y su experiencia ha logrado que culminemos exitosamente el presente trabajo. También estoy agradecida a mis profesores durante toda mi carrera porque todos han aportado a mi formación como profesional. ”***

**Nabila Bellio Lyle**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**  
**(Se colocan los espacios necesarios)**

---

Dra. Nora Guerrero de Medina  
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

---

(NOMBRES Y APELLIDOS)  
PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION  
PSICOLOGÍA CLÍNICA

**CALIFICACIÓN**

---

**Dra. Nora Guerrero de Medina**  
**PROFESOR GUÍA Ó TUTOR**

# ÍNDICE GENERAL

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO 1 .....</b>	<b>4</b>
<b>1. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 CUERPO Y SUS EFECTOS SUBJETIVANTES .....</b>	<b>9</b>
1.1.1 CUERPO, IMAGEN .....	9
1.1.2 CUERPO, SIMBÓLICO .....	13
1.1.3 CUERPO, REAL.....	15
<b>1.2 EFECTOS SUBJETIVOS POR EL DAÑO EN EL CUERPO DEL PACIENTE QUEMADO.....</b>	<b>17</b>
1.2.1 TIPOS DE QUEMADURAS.....	17
1.2.2 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SUBJETIVACIÓN DEL EVENTO TRAUMÁTICO. ..	19
<b>1.2.2.1 TRAUMA: ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO .....</b>	<b>19</b>
<b>1.2.2.2 POSICIÓN SUBJETIVA DEL PACIENTE QUEMADO.....</b>	<b>22</b>
1.2.3 DEPRESIÓN .....	25
1.2.4 DUELO.....	26
<b>CAPITULO 2.....</b>	<b>28</b>
<b>2. ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO.....</b>	<b>28</b>
<b>2.1 REHABILITACION .....</b>	<b>28</b>
2.1.1 REHABILITACIÓN DEL PACIENTE QUEMADO PEDIÁTRICO .....	28
2.1.2 MANEJO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE QUEMADO. ....	32
<b>2.2 LABOR DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.....</b>	<b>34</b>
2.2.1 LABOR DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DEL SUJETO QUEMADO. ....	34
2.2.2 CLÍNICA DE LA URGENCIA.....	38
2.2.3 CLÍNICA DE LA EMERGENCIA.....	41
<b>CAPITULO 3.....</b>	<b>45</b>
<b>3. ANÁLISIS DE INTERPRETACION DE RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
<b>3.1 DEMOSTRACIÓN DE CASOS DE PACIENTES TRATADOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS. .....</b>	<b>45</b>
PRIMER CASO.....	46
SEGUNDO CASO .....	49
TERCER CASO.....	51

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... 55**

**BIBLIOGRAFÍA ..... 57**

## RESUMEN (ABSTRACT)

En las prácticas realizadas en la unidad de quemados del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, se puede detectar algunas problemáticas subjetivas en los pacientes, que se enfrentan con un impedimento en cuanto a su imagen, llevándolo de esta manera (dependiendo de su estructura) a una respuesta en ocasiones patológica, causadas por depresión, traumas o conflictos no resueltos, por el quebranto de una imagen perdida, que no solo constituyen el daño físico y corporal, sino que también se ve impedido para enfrentarse a una sociedad que lo rechaza, margina y lo etiqueta, representándole una experiencia traumática, donde su subjetividad se ve afectada.

Se realizara un recorrido en algunos temas médicos, así también en el campo de la psicología con orientación psicoanalítica, principalmente en lo que respecta a los modos de intervención, para pretender de esta manera, lograr una dirección a la cura en cuanto a los duelos de la imagen corporal, ya sea en pacientes o en familiares directos, que en ocasiones son a quienes más les impresiona y afecta debido a su entorno ya sea: social o familiar.

**Palabras Claves: Estadio del espejo, cuerpo, imagen corporal, trauma, quemadura, rehabilitación.**

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo nace de un interés que se dio por un previo acercamiento en ciclos anteriores en las áreas de Rehabilitación y Traumatología en el Hospital del Seguro Social de Guayaquil (IESS). Siendo esta la razón primordial que incentivó nuestro trabajo y nos dio una directriz para encaminarnos en el desarrollo de éste. Es de ésta manera que lo fuimos modificando y adaptándolo a la practica clínica. Si bien, este primer acercamiento nos motivó a querer estudiar las problemáticas subjetivas que se dan en pacientes que han pasado por un evento traumático.

De esta manera se pudo abrochar los conocimientos adquiridos entre la teoría aprendida a lo largo de la carrera universitaria y las prácticas pre-profesionales en el hospital de niños “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

En la unidad de quemados, nos encontramos con estos incidentes (quemaduras) que en sí, ya constituyen un grave problema, que va más allá de lo económico y de lo social, con un alto riesgo de fallecer o que queden secuelas grandes, que podría constituir un gran impedimento para insertarse en la sociedad. Este trabajo apunta a las problemáticas subjetivas más resaltadas que se pudo evidenciar en la unidad de quemados.

De esta forma de lo que se trata es de seguir un orden continuo para estudiar y comprender el proceso de salud y de enfermedad de un sujeto en relación a su integridad social, biológica, y psicológica.

Es así que el objetivo general fue planteado con el fin de Investigar y definir qué efectos subjetivos se producen en el paciente quemado pediátrico al tener una lesión o alteración funcional del cuerpo. De esta manera se llegó a éste a través de la elaboración de los objetivos específicos:

- Estudiar los efectos subjetivos que se producen en la imagen corporal del paciente quemado pediátrico.
- Indicar factores biológicos que intervienen en la subjetivación del paciente en la unidad de quemados.
- Determinar los tipos de procedimientos que se deben llevar a cabo al concluir la hospitalización.

El trabajo desarrollado cuenta con cinco capítulos, en el primer capítulo se abordará el cuerpo y sus efectos subjetivantes, dando a conocer como el sujeto vive el cuerpo tanto en imagen, en lo simbólico y en lo real. Refiriéndose al cuerpo a fin de situar a través de indagaciones, tanto clínicas como teóricas, que permitan desarrollar y profundizar la condición del tener un cuerpo en referencia al anudamiento de las dimensiones real, simbólico e imaginario. (Sami-Ali, 1979)

En el segundo capítulo hablara acerca de los efectos subjetivos ocasionados por la quemadura, incluyendo una clasificación de las quemaduras, de la posición en la cual se ubica el sujeto y trabajaremos también el trauma.

En el tercer capítulo se hace referencia a la rehabilitación del paciente quemado, el equipo que utilizan en la institución. En el cuarto capítulo se dará prioridad a la labor del psicólogo clínico, tanto en el proceso de rehabilitación como en el tipo de clínica a usarse. En el quinto y último capítulo se mostrara casos que fueron trabajados en el hospital.

La propuesta en este trabajo va en dirección a la clínica de la Urgencia, bajo la demanda hospitalaria en base a la rapidez que los doctores hacían, sin perder la esencia del psicólogo clínico, donde no se posiciona con las curas “mágicas” que el médico espera, sino más bien posicionándose en una escucha que va más allá de rescatar al sujeto, sino más bien, recomponer una falla en el sujeto que logre bienestar, y lo encamine a una demanda que lo pueda llevar al análisis.

# CAPITULO 1

## **1. MARCO TEÓRICO**

A través del desarrollo de este trabajo se encontrarán como temas centrales los siguientes conceptos: Estadio del espejo, imagen corporal, cuerpo, trauma y quemaduras los cuales definiremos a continuación a partir de distintos autores para que quede constancia desde qué discurso se leerán dichos conceptos.

1. Estadio del espejo.- el niño reconoce su imagen en el espejo como propia. Hasta ese momento el niño no tiene percepción de sí mismo.

El niño se vuelve hacia aquel que lo sostiene como para solicitar su asentimiento en el espejo dirigida a esa imagen que tiene frente a sí, y por ahí se instala el reconocimiento de su imagen ese otro le dice un si a esa imagen, y le dice: “tú eres eso”.

Así, quedara constituida como su imagen pero al mismo tiempo cargado con aquello que para el sujeto nombrara su ser, su ser para el otro.

2. Cuerpo.- el cuerpo es la parte material de los seres animados. Este conjunto de elementos de todas las clases como lo son: minerales, orgánicos, gaseosos y sobre todo acuosos cuyo funcionamiento está lejos de haber sido completamente aclarado, contenido por una piel que lo unifica a la vez que lo separa del mundo, es lo que constituye concretamente un humano.

Este humano, ciertamente, es mucho más que su cuerpo, pero sin él no es, no existe. “El hombre se sabe, se conoce como cuerpo.” Lo aprende del otro, parcialmente, antes de anticipar su totalidad en el espejo, antes de hacer uso de él, que limita en los primeros tiempos su inmadurez nativa. De entrada tiene su goce, pero no la conciencia que da la entrada en juego del significante. (Hofstein, 2006)

El significante separa en el lenguaje, por lo tanto, en la vida, el goce del cuerpo. Y así con ello, no nos ayuda mantener buenas relaciones con él.

En el texto de la experiencia de lo real en la cura analítica, Miller introduce el concepto de “cuerpo viviente”, lo que implica la relación entre un concepto como “cuerpo” de lado de lo imaginario y “viviente” de lado del organismo y de lo simbólico. Y dice que “no hay goce sino es a condición de que la vida se presente bajo la forma de un cuerpo vivo... eso dice que no se trata solamente de cuerpo imaginario, no solamente del cuerpo bajo la forma de su forma.

No se trata del cuerpo imagen, de aquel que nosotros conocemos, al cual nos referimos, porque es operatorio en el estadio del espejo, ese cuerpo especular que dobla el organismo. Cuando se habla de cuerpo vivo tampoco se trata del cuerpo simbólico si es..., ni imaginario ni simbólico sino vivo, he aquí el cuerpo que está afectado del goce. (Castellanos, 2009)

En el mundo animal puede justificarse el hecho de identificar su ser y el cuerpo pero no es así en el hombre, que también se hace sujeto a través del significante, es decir que esta echo en falta-en- ser. Esta falta divide su ser y su cuerpo y reduce este ultimo al estatuto del tener.

3. Imagen corporal.- la diferencia entre esquema corporal e imagen corporal, la primera es lo común a los seres humanos, la imagen del cuerpo es propia de cada uno y está conformada por múltiples experiencias emocionales, relacionadas con la historia de cada uno. (Dolto, 1984)

Los sujetos no crean solos su imagen. Las personas que nos rodean y nuestra cultura tienen una fuerte influencia en la imagen de nuestro cuerpo. (La cultura da los significantes: la lengua).

“La imagen del cuerpo del sujeto la primera forma que le permite situar lo qué es del yo y lo que no es”. La capta en la visión en su forma total, donde le proyecta el control de su cuerpo, imaginario en este estadio del espejo. “el sujeto anticipa en el acabamiento del control psicológico, y esta anticipación dará su estilo a todo ejercicio ulterior del control motor efectivo.”

La forma total no juega sola. Dibuja un límite entre el contenido y el continente, y deja ignorar el volumen que el cuerpo ocupa en el espacio, así como lo que lo llena. Es lo que ocurre tanto como el saber sobre el interior – la localización, la disposición, la consistencia de nuestro órganos- como con las teorías sexuales infantiles. Cada uno de nosotros puede situar más o menos el vientre, los riñones, el corazón, pero como están tomados por la materialidad del lenguaje y cargados de significantes, desbordan ampliamente no solo su roll y su espacio anatómico sino también su función biológica. (Hofstein, EL AMOR DEL CUERPO, 2006)

La palabra le otorga al cuerpo su dimensión imaginaria y, con la ayuda del gesto, lo erotiza. Al tomarse en el cuerpo, las palabras esbozan una anatomía cuya topografía mantiene relaciones variables con exactitud científica. Como si cada uno se inventara una cartografía no del tendré, sino de la investidura realizada en tal o cual parte del cuerpo por la genealogía, la historia y las historias familiares, donde juega la manera como padres ya llegados alimentan, atienden, tocan, hablan, aman, o no aman al niño, y la manera como el niño encara su cuerpo. (Hofstein, EL AMOR DEL CUERPO, 2006)

4. Trauma.- Se denomina "trauma" al estado ocasionado por la acción de un estímulo intenso, proveniente del interior o del exterior del sujeto y provoca una brecha- herida, en el aparato psíquico: rompe la barrera de protección del mismo por la imposibilidad de cualificar ese estímulo; por lo tanto se produce un desequilibrio narcisista como reacción al mismo. Esa brecha-herida sobrepasa la capacidad de elaboración y de ligadura; por lo que se instauran contracargas (defensas primarias), que se relacionan con determinadas huellas mnémicas del sujeto, en un intento de cierre de esa herida y alivio de la angustia relacionada. Por eso hay estado de empobrecimiento del YO, porque la energía está empleada en recomponer su integridad.

5. Quemaduras.- Las quemaduras son un tipo de lesión traumática corporal causada por agentes térmicos, eléctricos, químicos o radiactivos. Las quemaduras se clasifican en "de primer grado", "de segundo grado" y "de tercer grado". Las primeras dañan la epidermis y producen irritación de la piel, enrojecimiento y hasta ampollas. Las segundas dañan la epidermis y la dermis produciendo necrosis en tejidos internos. Las terceras son las más profundas y pueden afectar y destruir incluso huesos, nervios y órganos internos. Las quemaduras de primer y segundo grados, cuando abarcan una amplia superficie del cuerpo, pero sobre todo las de tercer grado, constituyen experiencias de gran dolor, de daño a la integridad corporal y de gran potencialidad traumática. (Guerrero, 2008)

## **1.1 CUERPO Y SUS EFECTOS SUBJETIVANTES**

Para poder iniciar este tema, se considero de suma importancia conocer lo que abarca el cuerpo tal como imagen, cuerpo como lo simbólico, y cuerpo en tanto lo real, puesto que, esto nos dará una idea acerca de la construcción subjetiva de la imagen corporal.

### **1.1.1 Cuerpo, imagen**

Para trabajar este acápite, se hará referencia en primer lugar al cuerpo desde el punto de vista del psicoanálisis.

Desde el principio, 1895, se trata para Freud de la pareja de lo orgánico y lo psíquico, con el concepto de interacción o demarcación. La otra pareja es aquella formada por el cuerpo y la erogeneidad, es decir el goce, el goce localizado en zonas del cuerpo.

Otra pareja es el cuerpo como superficie y los órganos del lado del sujeto. Y el tercer punto es la relación claramente hecha a partir del año 1915 entre el Yo y el cuerpo; el narcisismo y el cuerpo.

Entonces, siguiendo las teorizaciones freudianas Marie H. Brousse ve tres ejes:

- 1) La interacción entre lo orgánico y lo psíquico.
- 2) La cuestión del cuerpo y la erogeneidad.
- 3) La cuestión del cuerpo como superficie y el narcisismo. (Brousse, 2001)

Marie H. Brousse a través de los cursos dictados por J.A. Miller, ha logrado simplificar diciendo que hay tres momentos en la enseñanza de Lacan sobre el goce. Este es el momento de su pensamiento sobre lo imaginario con “El Estadio del Espejo”, luego el “seminario 1: Los escritos técnicos de Freud” donde renueva el concepto de narcisismo, hay un capítulo que se llama “Los dos narcisismos”, y por último el momento del Sinthome.

Entonces de esta manera para desglosar este primer punto del presente capítulo, se ha encontrado una estrecha relación de esta temática con el primer momento en la enseñanza de Lacan sobre el goce.

- 1) Primer momento: Cuerpo =  $i(a)$  es decir, cuerpo identificado con la forma global del cuerpo (narcisismo).

Una primera discordancia que implica la relación del cuerpo como imagen con el organismo. Es decir, la discordancia entre imaginario y real, real del organismo del lado del concepto de pre-maturación o de cuerpo fragmentado, o de cuerpo como forma global, total. Como dice Miller en su curso, la consecuencia es que la primera pasión, es la pasión narcisista, pasión por el poder totalizador de la imagen, el cuerpo como pasión. Lacan habla de “el cuerpo como forma adorada”, adorada por el ser hablante. Esto sería el primer momento. (Brousse, 2001)

Sin embargo se ha encontrado importante trabajar este momento con el estadio del espejo en los Escritos 1 de Lacan. El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica.

El estadio del espejo da cuenta del momento en que el niño reconoce su imagen en el espejo como propia. El niño no tiene percepción de sí mismo como unidad, de su lado quedan sensaciones propioceptivas, internas, de diversas partes del cuerpo. No sabe de su “forma”. Si conoce y reconoce a aquella persona que lo cuida: la ve, la toca, la huele, la oye, conoce su mirada. Situar al niño frente al espejo. Hay un interjuego de miradas en el que el niño reconoce la imagen que tiene frente a si como propia. (Lacan, Escritos 1 “El estadio del espejo como formador de la función del yo (Je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”(1949), 1988)

El niño mira al espejo y queda fascinado por lo que ve, frente a su sensación corporal de inconexión, aparece el júbilo por lo que ve: una figura humana completa, y es él. Pero en ese momento es preciso un intervalo: el niño se vuelve hacia aquel que lo sostiene como para solicitar su asentimiento en el espejo dirigida a esa imagen que tiene frente a sí , y por ahí se instala el reconocimiento de su imagen. (Lacan, Escritos 1 “El estadio del espejo como formador de la función del yo (Je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”(1949), 1988)

Ese Otro que lo sostiene no es otro neutro; podemos decir que su palabra, su mirada, está cargada de algo más que también se transmite.

El bebé ante el espejo que mira la imagen que tiene frente así, reconoce la mirada que ve en el espejo dirigida a esa imagen de forma humana, completamente unificada que aparece ante él. Se vuelve hacia ese Otro que lo sostiene para solicitar su asentamiento ante lo que ve, y ese Otro le dice un sí a esa imagen, y le dice: “tú eres eso”. (Lacan, Escritos 1 “El estadio del espejo como formador de la función del yo (Je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”(1949), 1988)

De esta manera, es que se constituye la imagen del sujeto; pero al mismo tiempo, está cargada con aquello que nombra su ser, su ser para el Otro.

La imagen del cuerpo en psicoanálisis, donde Jacques-Alain Miller destaca la anterioridad de la imagen del cuerpo del otro respecto al cuerpo propio. Plantea que el cuerpo se introduce en el campo del goce, no por la imagen del cuerpo propio sino por la imagen del cuerpo de otros. (Brousse, 2001).

### **1.1.2 Cuerpo, simbólico**

Para desglosar a este punto, se articulara dos procesos fundamentales para la constitución subjetiva, se trata de alienación y separación. En el segundo momento, a partir de “Función y campo de lenguaje y la palabra en Psicoanálisis”, se produce un viraje en su descripción y Lacan considera que es el significante el que introduce el discurso en el organismo.

En este momento el cuerpo se convierte en un conjunto de significantes, insignias, signos, letras, todo lo que Lacan desarrolla, en el “seminario V”, añade además, la necesidad de armonizar esta nueva forma de presentar el cuerpo a partir del significante, con la manera precedente, es decir, con el cuerpo como imagen total y fascinante. Miller hace un desarrollo para pensar el cuerpo a la vez como imagen fascinante y como conjunto de significantes. (Brousse, 2001).

El cuerpo no es un don de la naturaleza. A diferencia del organismo, es un producto transformado por el discurso. El organismo animal deviene un cuerpo sintomático y pulsional en el ser hablante; el lenguaje afecta al organismo, lo desnaturaliza, lo modifica. (Castellanos, 2009)

El cuerpo de lo simbólico debe ser incorporado. Lacan dirá que el lenguaje es un cuerpo incorporeal, precisamente porque es un cuerpo que se incorpora.

Las identificaciones primordiales del sujeto serán las identificaciones a esos significantes de la alienación primitiva, engendrados por la invocación del Otro, y que escribimos: S1/\$. En la cura analítica se tratará de producir estos significantes identificatorios primordiales que comandan la vida del sujeto sin que él lo sepa, pues en cada sujeto habrá un repertorio limitado de los significantes de alienación al Otro. (Castellanos, 2009)

Lacan ubica en la alienación y la separación, los conceptos freudianos de identificación y pulsión. La operación de alienación se produce porque el sujeto se aferra a las identificaciones primordiales S1, y llama desde allí al sentido S2. El sujeto se encuentra con el Otro alienándose con el sentido. (Castellanos, 2009)

En la primera presentación del estadio del espejo, el concepto de alienación estaba referido a la alienación imaginaria y en esta segunda elaboración, Lacan va introducir la definición del inconsciente como discurso del Otro. Hay que añadir en la alienación imaginaria, la alienación a la cadena significativa, es decir, la alienación simbólica. Para Lacan era importante fundamentar como el significante determinaba el significado, conjuntamente se trataba de verificar que incidencia tenía lo simbólico en lo imaginario. (Brousse, 2001)

De esta manera habría que pensar el cuerpo del lado de la consecuencia de la separación en el proceso de alienación. Si bien el niño en un principio está en una relación dual con la madre, tiene que operar la separación para que pueda instaurarse una falta y así el niño no quedar alienado a la madre, y poder convertirse en un sujeto deseante.

### **1.1.3 Cuerpo, real**

Lo real, es lo que no anda, lo que obstaculiza, lo que no deja de repetirse para entorpecer esta marcha.

Para Lacan lo real es lo que siempre vuelve al mismo lugar. Es el lugar que él descubre, el lugar del semblante. Es difícil instituirlo únicamente por lo imaginario, como en principio parece implicarlo la noción de lugar. No hay ninguna esperanza de alcanzar lo real por la representación.

Lacan llamó síntoma a lo que viene de lo real. Sentido del síntoma no es aquél con el que se lo nutre para su proliferación o extinción, el sentido del síntoma es lo real, lo real en la medida en que se pone en cruz para impedir que las cosas marchen en el sentido en que ellas dan cuenta de sí mismas de manera satisfactoria. Es precisamente el síntoma tipo de todo acontecimiento de lo real. (Lacan J. La Tercera, 1966)

Uno de los conceptos psicoanalíticos de discernir es lo real. Al comienzo se pensaba que era el goce. Pero al final Lacan dirá que más bien se trata es de la hiancia en la estructura el vacío, el hueco que queda ahí eso es lo real.

Entonces, para resumir se concluye en que el niño se construye sosteniéndose de un Otro, para poder hacer el reconocimiento de su imagen; para poder constituirse subjetivamente se aliena y separa de ese Otro (Neurótico), su cuerpo se presenta, a partir del significante, un cuerpo como una imagen fascinante, al introducirlo al lenguaje, su cuerpo es incorporado. Al ser separado el sujeto se convertirá en un sujeto deseante. En cuanto a lo real podemos discernir lo que Lacan dijo: una hiancia en la estructura, un vacío, un hueco que queda ahí. Eso llamamos real.

## **1.2 EFECTOS SUBJETIVOS POR EL DAÑO EN EL CUERPO DEL PACIENTE QUEMADO**

Para abarcar este capítulo se ha considerado hablar de los tipos de quemaduras que el sujeto puede padecer, luego dándole prioridad al efecto más repetitivo en el hospital que fue la depresión, se tratara el trauma y la posición subjetiva del paciente.

### **1.2.1 Tipos de quemaduras**

Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos vivos, debido a la acción de diversos agentes físicos como el sol, flash, calor irradiado, líquidos calientes, gases a presión, frío, cuerpos sólidos, fuego directo, radiaciones iónicas(radioterapia, luz ultravioleta, bomba nuclear), electricidad.

Debido también a agentes químicos, tales como los ácidos, álcalis, medicamentos, hidrocarburos, u otras sustancias como el cemento.

Los agentes biológicos también influyen, la resina vegetal, las sustancias irritantes de origen animal tales como insectos, medusas, peces eléctricos y los batracios. (ELIZALDE, 2009)

Entre los signos y síntomas que puedan acompañar a las quemaduras tenemos; el enrojecimiento de la piel, inflamación, pérdida de vellos en la piel, dolor, ardor, ampollas, piel blanquecina que se debe a quemaduras de tercer grado, la piel carbonizada o ennegrecida que también se debe a quemaduras de tercer grado y el shock.

En el diagnóstico del paciente quemado se debe considerar la extensión de las quemaduras se debe utilizar la tabla o gráfica de Lund y Browder, el cual valora los cambios relativos en la proporción de la cabeza y las extremidades inferiores de acuerdo con el crecimiento, estas extensiones pueden ser leves, moderadas o graves.

La profundidad, donde se califica el Converse-Smith que son el grado de quemaduras, las del 1er grado afecta más a la capa superficial (epidermis), no dejan cicatriz, no requieren hospitalización, cicatrizan en 7 días como por ejemplo la quemadura solar.

Las quemaduras de 2do grado afecta la epidermis y la dermis, son dolorosas, presenta flictenas, trombosis de vasos, cicatrizan espontáneamente en 15 días y si se profundizan pueden requerir de injerto.

Las de 3er grado afecta todas las capas de la piel, luce negruzcas, acartonadas, blancas nacaradas, no son dolorosas, pueden cicatrizar espontáneamente en 21 días o más pero dejan cicatrices retráctiles como deformantes, requieren manejo quirúrgico como la escarectomía e injerto y el manejo de las secuelas es prolongado.

La localización, se puede clasificar en áreas neutras donde no abarcan articulaciones y en áreas críticas que abarca la connotación estética y funcional tales como la cara, cuello, manos-pies, pliegues articulares, genitales y glúteos. (ELIZALDE, 2009)

### **1.2.2 Factores que intervienen en la subjetivación del evento traumático.**

Para trabajar este acápite, se hace referencia a los conceptos del trauma, como un acontecimiento y los tiempos del cual nos habla Freud.

#### ***1.2.2.1 Trauma: acontecimiento traumático***

El trauma es un agujero en el interior de lo simbólico, un vacío que queda exterior a una representación simbólica. (Laurent, 2002)

Freud coloca el “trauma” entre un primer y un segundo tiempo: el primero, está ubicado en la infancia donde un acontecimiento no tiene ningún valor y El segundo en la pubertad donde efectivamente lo adquiere. Precisamente, será ese segundo tiempo, actuando sobre el primero, lo que producirá un efecto traumático.

Entonces Freud deja claro que en el trauma se trata de dos tiempos, uno primero que es un proceso estructural y constitutivo del sujeto, y uno segundo que por apres-coup vendría a resignificar el primero.

Al referirse al primer tiempo del trauma Freud nos especifica que no necesariamente fue un evento que tuvo que llevarse a cabo sino que pudo ser una situación fantaseada por el niño.

Dicho esto Freud nos especifica que existen tres fantasías constitutivas: fantasía de seducción, fantasía de la escena primaria, fantasía de castración.

Las diversas maneras que el sujeto tiene para transitar esta etapa infantil rodeada de estas fantasías determinaran sobre su modo de goce particular posteriormente.

El segundo tiempo del trauma tiene lugar en la pubertad, donde el sujeto se enfrenta con un Real que se aparece, la falta de significación de un saber preciso sobre la sexualidad, es decir se enfrenta con la No relación sexual, además de este real el sujeto también se enfrenta con otra situación que denota un imposible, la pérdida de la imagen de la latencia, el sujeto debe restituir su imagen que ya no es la de un niño. Frente a esta ausencia de significación sobre la sexualidad, el sujeto recurrirá a sus soluciones infantiles, es decir a la fantasía, para saber cómo sobrellevar este segundo encuentro con lo traumático.

El trauma puede entenderse a partir de dos vertientes: como proceso, ligado a eso no programable. Es la realización del sujeto mismo, es por advenir como sujeto del lenguaje. Como acontecimiento, es la figura de la contingencia (lo incalculable), de la irrupción de lo extraño sobre las representaciones simbólicas que tenía ese sujeto hasta ese momento.

El acontecimiento traumático: el acontecimiento, ya que sucede en una fecha y un lugar determinado, no presenta un carácter neutro.

El acontecimiento no se revela traumático más que en razón de la parte accidental que contiene: “es inesperado, sorprendente” y se distingue del curso uniforme de los fenómenos de la misma naturaleza.

Resalta en una ruptura, en una discontinuidad temporal que puede amenazar un equilibrio individual o social. Es este aspecto “incalculable”, el que hace que las consecuencias no sean idénticas para todos los sujetos sometidos al mismo acontecimiento. Además, quien tiene un trauma también tiene la extrañeza de ese trauma. (BOTERO, 2004 ).

El acontecimiento puede ser traumático por efecto directo o indirecto; pero, lo sepa el sujeto o no, es siempre un acontecimiento que le concierne. Todo encuentro traumático es “sobreinvertido” hasta el punto, frecuente, de ocultar completamente la parte que corresponde al sujeto.

### ***1.2.2.2 Posición subjetiva del paciente quemado***

En un principio los sujetos quemados no solo experimentan dolor, sino también angustia y depresión y puede a su vez producir rechazo a esta nueva imagen de sí mismo o así como también el evento traumático que les produce quemaduras, les resultan insoportables.

Cuando un paciente es llevado por alguna urgencia de lesiones traumáticas causadas por quemaduras en diferentes partes del cuerpo, éste se ve a sí mismo que ha ingresado en un mundo diferente. En ese momento el psicólogo clínico se ve enfrentado a una situación de urgencia.

Los temas urgentes, totalmente encadenados: la angustia, el silencio, la depresión, la muerte. Si es de urgencia, quiere decir que no habrá tiempo para elaborar ansiedades, debido a que en ese instante de lo que se trata es de darle palabras a ese sujeto, una vez estabilizado pasa a la emergencia.

Como se sabe, los accidentes graves por quemaduras, además de constituir un atentado a la integridad física y corporal de los sujetos que lo sufren, representan una experiencia de gran potencialidad traumática, debido al alto grado de dolor, a la destrucción de tejidos orgánicos o miembros, así como las alteraciones de la imagen corporal, de la sensibilidad de la piel y de la experiencia emocional general que conlleva.

El trauma se caracteriza por sorprender al sujeto, dejándolo sin palabras y con una sensación de extrañeza ante lo vivido, esta sorpresa es lo que convierte al acontecimiento para cada sujeto en particular, en una situación traumática, más aun cuando se da en un momento preciso de su historia.

Entonces se puede decir que el paciente quemado va utilizar diferentes formas de adaptación a sus nuevas condiciones, estas variarán en relación a la estructura total de la personalidad, de su historia y de sus luchas defensivas latentes, perfilándose en ciertas psicopatologías:

Depresivos; el paciente presenta un comportamiento con tendencia a una adaptación compensatoria, es decir a una aceptación de la realidad y una concentración de la energía no sobre el obstáculo, sino sobre perspectivas de curación compatibles con la realidad.

Neuróticos; el trauma actúa como elemento eclosionante revelador de un enfermedad neurótica preexistente, donde la enfermedad o el cambio de su YO corporal puede representar inconscientemente para el paciente, algo que perturba un equilibrio vigente de entre fuerzas reprimidas y represoras, puede ser tomada como una castración o como el hecho de ser abandonado.

Puede ser percibida también como tentación masoquista o reactivar algún otro anhelo infantil latente, y provocar de este modo una neurosis. (Medina D. N., 2005).

Los pacientes tratados en la unidad con estructura neurótica son aquellos con personalidades predispuestas a regresiones narcisistas, con serias dificultades en la tarea de adaptación a las limitaciones (reales o fantaseadas) creadas por la quemadura, por el uso estereotipado de mecanismos defensivos como la negación, la formación reactiva, la conversión, la inhibición, el aislamiento, o la sobrecompensación de las condiciones reales.

Psicóticos; cuando estas características anteriormente mencionadas en los cuadros neuróticos, sobre todo la presencia de un intenso narcisismo, se agudizan marcando un avance hacia una franca patología mental, desbordando los límites de “normalidad”, nos precipitamos al desencadenamiento de la psicosis, que se caracterizarían por la ruptura que hacen con la realidad y la construcción de un mundo de fantasía y alucinación que los defiende de una realidad no deseada y que además les permite reencontrar deseos muy arcaicos, a través de caminos infantiles, tendientes a buscar la satisfacción primaria y “original” . (Medina D. N., 2005)

El paciente quemado como consecuencia de esta nueva imagen provoca en él una reducción de autoestima hacia el medio en el que se desenvuelve, sus interrelaciones sociales cambian, sus principales fuentes de satisfacción quedan perturbadas o suprimidas.

Las consecuencias psicológicas de esta condición son numerosas y particularmente trascendentes porque debilitan las estructuras y mecanismos primarios de la conducta.

### **1.2.3 Depresión**

Freud en “Duelo y Melancolía” consideró que la depresión es la reacción a la pérdida de un objeto real o imaginario, también menciona en “Inhibición, Síntoma y Angustia”, que la “insatisfacible carga de anhelo”, es uno de los rasgos más distintivos de la depresión, esa pérdida de objeto viene

acompañada por la perseverancia de un intenso deseo por dicho objeto y a su vez por la representación de que ese deseo es irrealizable. (Torres, Duelo y melancolía, obras completas tomo II Sigmund Freud 1915, 2008)

Se puede evidenciar en el hospital, una persistencia, aun siendo poco probable, de querer mantener aquella imagen que construyó y con la cual se constituyó, fijándose en el deseo constante de ese objeto perdido (cuerpo quemado).

Bajo un sufrimiento psíquico al cual llamamos depresión se convirtió en unas de las problemáticas subjetivas más acentuadas en la unidad de quemados del hospital, abarcando no solo a niños, sino también a los familiares que se encontraban en dicho lugar, principalmente a las madres de estos pacientes.

#### **1.2.4 Duelo**

Freud nos dice en “Duelo y Melancolía” que el duelo es por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, en este caso hablaríamos de la imagen, cuerpo del sujeto quemado.

Una imagen que se construyó y se pierde, no existe más y el sujeto tendría que abandonar todas esas ligaduras que tiene, para con esta imagen; por supuesto que no lo hará gustoso, ni aunque haya podido encontrar un sustituto de esta libido, esto puede ser tan intenso que el sujeto podría alejarse de la realidad y conservar este “objeto” (imagen) por medio de una alucinación (psicosis). (Torres, Duelo y melancolía, obras completas tomo II Sigmund Freud 1915, 2008)

Este abandono en cuanto a dichas ligaduras que el sujeto tiene para con su imagen, no será llevado a cabo inmediatamente, es realizado de un modo paulatino, como lo dijo Freud : “con gran gasto de tiempo y de energía de carga, continuando mientras tanto, la existencia psíquica del objeto perdido, con cada recuerdo y esperanza que, constituyen un punto de enlace de la libido con el objeto, es sucesivamente despertado y sobrecargado, realizándose en él la sustracción de la libido”, al finalizar todo este proceso del duelo, el Yo vuelve a quedar libre y exento de toda inhibición. (Torres, Duelo y melancolía, obras completas tomo II Sigmund Freud 1915, 2008)

## **CAPITULO 2**

### ***2. ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO***

Para este trabajo se utilizó dos métodos: el método exegético puesto que se analizaron textos y se tomó algunas citas y frases para poder explicar el tema escogido; y el método clínico basado en ocasiones en observaciones, el trabajo fue desarrollado con bases teóricas para articularla a la práctica en el hospital.

#### ***2.1 REHABILITACION***

Se hará referencia a la manera en que la institución maneja las rehabilitaciones del paciente quemado, el manejo del equipo que utiliza la institución, las fases en que se divide.

##### **2.1.1 Rehabilitación del paciente quemado pediátrico**

Una vez que la sobrevivencia del paciente ha sido asegurada, la función y la estética se convierten en sus mayores dificultades, que requieren de un tratamiento especial para una mejor calidad de vida.

Para Ferrari Forcade la rehabilitación se refiere a “un proceso creativo, continuo y coordinado llevado a cabo por un conjuntos de profesionales junto con una persona portadora de una deficiencia física o mental, para posibilitar la restauración, desenvolvimiento o preservación de su capacidad de ser lo más independiente posible de alcanzar un ajuste social satisfactorio, de un encontrar un empleo adecuado y de hacer frente a la realidad de la vida”. (Medina D. N., 2005)

Citando a la Dra. Nora Guerrero de Medina la rehabilitación es un esfuerzo multidisciplinario dirigido por un especialista en rehabilitación asistido por médicos de otras especialidades.

Y estos médicos se ven asistidos a su vez en varios aspectos de la rehabilitación por un equipo asociado de profesiones sanitarias similares que incluye terapeuta físico, ocupacional, de lenguaje, enfermeras de rehabilitación, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, consejeros vocacionales, etc. equipo que toma con el paciente una aproximación dinámica pues le concierne no solo apreciar los aspectos negativos de las incapacidades sino además los aspectos positivos de las capacidades restantes desarrollando un programa comprensivo de asistencia que busca rescatar al máximo sus capacidades remanentes.

Lo que busca la rehabilitación no es solamente años de vida en el individuo sino sobre todo añadir vida a esos años.

Citando al Dr. Foyde define la rehabilitación como un proceso individualizado, basado en la discriminación de un planteamiento selecto de acuerdo con los requerimientos de cada caso y un tratamiento adecuado a estos a través de muchos y variados servicios. El objetivo en todo momento, que es, la restauración total de las funciones del individuo en forma eficiente. Las aspiraciones de la rehabilitación son: definir, desarrollar y utilizar las potencialidades todas del individuo para lograr su objetivo; sus propósitos, restaurar en él la habilidad, la competencia, la independencia y la propia discriminación, utilizando al máximo los recursos que existen, tanto en el individuo mismo como dentro de la comunidad a la que se pertenece. (Medina D. N., 2005)

La rehabilitación se tiene que diseñar para abarcar las necesidades particulares de cada paciente, por lo que cada programa debe ser individual. Debe ser iniciada desde el período de reanimación aguda y continuar hasta que la cicatrices maduren y la actividad psicosocial se inicie.

El tratamiento de rehabilitación del paciente quemado se divide en dos fases: la fase aguda y la fase de secuela.

Fase aguda o de hospitalización: los cuidados de rehabilitación deben de comenzar el mismo día:

- Control y mantenimiento postural: mantener posiciones que controlen el edema, eviten contracturas y deformaciones de los segmentos afectados.
- Ferulización: están indicadas para evitar daños ulteriores a estructuras expuestas, nervios, tendones, áreas edematosas y para inmovilización de fracturas menores. También son colocadas para garantizar que el injerto no se deslice.
- Control de cicatrización: una vez que los injertos se han integrado se continua con la lubricación de la pie, control que debe continuar por un periodo aproximado de uno o dos años posteriores a la quemadura.
- Presoterapia: es la presión positiva continua sobre la cicatriz que se logra con el uso permanente y continuo de prendas de licras ajustadas a la zona que se está tratando.

Fase de secuela: es la etapa más larga del tratamiento ya que el niño está en crecimiento y sus cicatrices he injertos tienen poca o ninguna capacidad para crecer dando lugar a la aparición temprana de contracturas y limitaciones articulares hay que mantener la posición adecuada lograda durante la fase aguda y corregir las deformidades que se hayan podido presentar.

Control ambulatorio de las cicatrices e injertos, para mejorar la condición estética y funcional de la secuela se utiliza las siguientes técnicas de rehabilitación física:

- Presoterapia, presión mecánica de forma continuada sobre cicatrices o injertos.
- Masaje o ejercicio dermokinético, técnicas manuales derivadas de la meso terapia.
- Ejercicios terapéuticos, mantener o aumentar los rangos articulares.
- Técnicas de fisioterapia, para aumentar la extensibilidad del tejido conectivo.

### **2.1.2 Manejo del equipo interdisciplinario en la rehabilitación del paciente quemado.**

Una quemadura grave puede afectar tantas funciones y sistemas del organismo, que la rehabilitación es imprescindible. Es necesaria la intervención de un equipo multidisciplinar en el que estén incluidos los siguientes profesionales:

Fisiatras

Cirujanos plásticos

Internistas

Cirujanos Ortopédicos

Enfermeras

Psicólogos clínicos

Psiquiatras

Fisioterapeutas

Terapeutas ocupacionales

Terapeutas respiratorios

Dietistas

Trabajadores sociales

Consejeros vocacionales

Entre los objetivos de la rehabilitación del paciente quemado pediátrico esta el planeamiento, la coordinación y la monitorización de los programas de terapias posicional, ejercicios, movilización y de ambulación ideada para ayudar a cada paciente a conseguir el mejor nivel funcional posible, mejorar la condición estética de la secuela, preparar los tejidos involucrados para nuevos actos quirúrgicos y entrenar a los padres y/o familiares en las técnicas de tratamiento. (ELIZALDE, 2009)

## **2.2 LABOR DEL PSICÓLOGO CLÍNICO**

Se dará a conocer la labor del psicólogo en dicho proceso de rehabilitación, y el tipo de clínica en el cual va a operar. Donde la clínica más predominante en este caso de pacientes quemados fue la clínica d urgencia, en un intento de rescatar al sujeto lo antes posible.

### **2.2.1 Labor del psicólogo clínico en el proceso de rehabilitación del sujeto quemado.**

La labor del psicólogo en la rehabilitación del paciente quemado es de mucha importancia, puesto que ofrece al paciente un acompañamiento durante el proceso de recuperación, momento en que puede manifestar altos grados de angustias y depresiones.

Para la medicina, el síntoma es el signo de una alteración del organismo que anuncia la presencia de una enfermedad. El psicólogo clínico también utiliza el termino médico síntoma, sin embargo su significación es distinta.

Según Freud a menudo la persona se queja de que los síntomas los realiza contra su voluntad, utilizando la frase más común “es más fuerte que yo”, este síntoma reviste sensaciones de displacer y sufrimiento.

También podemos darnos cuenta que en algunos sujetos se manifiesta un alto monto de angustia, acompañado en ocasiones con expresiones de llanto, gritos y con riesgo de acting o pasajes al acto. (Freud, Los caminos de formación al sintoma(conferencia 23)- conferencias de introducción al psicoanálisis, 1997)

Hay pacientes que manifiestan cuadros depresivos como una forma de reacción a la frustración causada por el hecho traumático (quemadura) y las manifestaciones sintomáticas son de alguna manera previsibles, estos síntomas se presentan considerando factores como la edad, sexo, etc., por ejemplo, en la mujer es posible que si la quemadura afecta la parte estética, presente sentimientos de depresión y desvalorización en su imagen corporal. Esto tenía que ver con la historia personal de la paciente, los puntos de fijación en el desarrollo de su estructura y el uso de sus mecanismos defensivos.

Se puede indicar en forma general que se logró reconocer en el trabajo realizado con sujetos quemados, diversos cuadros neuróticos que eclosionaron por el trauma, que se reflejaban en la dificultad para asumir la adaptación a su situación actual; era el resultado de una predisposición de los pacientes a mantener regresiones narcisistas; así era frecuente encontrar mecanismos defensivos como la negación o el rechazo de los aspectos desagradables de su incapacidad física, formación reactiva, la conversión o el aislamiento.

Además de los cuadros neuróticos, se pudo llegar a identificar en algunos pacientes cuadros psicóticos que fueron desencadenados por la quemadura, que se caracterizaban por vivir una alucinación que se alejaba de su realidad.

Habiendo mencionado anteriormente los diversos síntomas manifestados como respuesta a la quemadura, es preciso hablar sobre la forma de abordaje psicológico, en relación al diagnóstico presuntivo; se estableció un espacio de palabra, para que el paciente exprese su malestar, tomando en cuenta su condición física y subjetiva actual; por lo cual, se consideraba a las manifestaciones de depresión como normales y previsibles en relación a su situación, y necesarias para que ellos puedan aceptar su nueva condición, es decir, dicho reconocimiento debe ser considerado como un primer paso a la reorganización de su aspecto emocional para así poder tener una mayor disposición frente al proceso de rehabilitación.

El psicólogo al trabajar con niños quemados deberá usar diferentes maneras de abordaje, dependiendo del caso, la edad del niño y si tiene disposición a hablar de lo que lo aqueja o le está sucediendo en ese momento. Por lo general, los niños que no querían hablar eran por motivo del dolor o niños muy pequeños, en estos casos se trabajó con los padres de estos niños, cuando se abordó a algunos niños quemados se efectuó un trabajo psicológico por medio de la hora de juego y otros elementos terapéuticos. En el juego el niño muchas veces logra representar algo de su malestar.

Es así que se pudo evidenciar que el juego, en algunos casos, produjo efectos terapéuticos como bajar los niveles de ansiedad y dolor en el niño. También se hizo uso de otras herramientas psicológicas como los tests y pruebas proyectivas que fueron de gran ayuda para poder realizar un trabajo con los pacientes.

Las modalidades de intervención con el paciente se debía de dar de tal manera que se recogen sus enunciados verbales (en los casos de entrevistas clínicas) y se los devuelve con una significación diferente a lo que había mencionado; así mismo, dentro de las sesiones, se tomaba una parte de todo lo que el sujeto expresaba, para trabajar en función de ésta, como por ejemplo lo dicho con más frecuencia dentro de su discurso.

Se reconoce la importancia del trabajo a nivel psicológico no solo con los pacientes, sino también con familiares que acompañaban a éstos en el área, ya que tenían la necesidad de expresar su angustia al ocuparse del cuidado de sus familiares en el hogar, dejando de lado actividades que antes estaban acostumbrados a realizar; además, mantenían dificultades para sobrellevar los síntomas que tenían éstos, compartiendo así un malestar latente y frecuentes desencuentros dentro del espacio familiar.

Para describir las formas de abordaje terapéuticas se va a señalar y explicar las diferentes modalidades; clínica de la Urgencia y Clínica de la Emergencia.

### **2.2.2 Clínica de la urgencia.**

Se llama urgencia a una ruptura aguda, cuando el sujeto se pregunta por algo que le acontece o le molesta, hay esta ruptura, es como un corte, un llamado al Otro, no habla, no quiere hablar, el corte que se da en la urgencia es una ruptura radical, denota que algo no marcha, algo que ha conmovido la rutina en la que vivía el sujeto.

En una urgencia el sujeto se encuentra en calidad de objeto, no puede representarse, puesto que esta ruptura ha desarticulado al sujeto de la cadena significativa, solo puede haber llanto, grito o quizás silencio como la forma más profunda de hablar.

Algo ocurre justo en el nivel de la cadena significativa, en ese nivel que presupone un significante para otro significante S1-S2, cuyo efecto debe ser un sujeto, (\$) éste no aparece. (urgencia, 2008)

Aparte de que no se puede representar, trae un efecto que es el de mortificación cuando el significante no se articula en un decir, se trata entonces del borramiento del sujeto en vez de su representación, el sujeto se confunde con el significante que lo constituye de tal modo que no opera la retroacción que posibilita encontrar su lugar. (urgencia, 2008)

Es así que se sitúa a la urgencia como una crisis que hay que afrontar y soportar, en donde algo le ha pasado al fantasma, dejando al sujeto desnudo en su real, está en posición de objeto y en angustia, donde cualquier respuesta es posible.

En los pacientes quemados se da mucho estas posiciones angustiantes, que enfrentan crisis que se manifiestan con respuestas ligadas a una idea de muerte. En la urgencia no encuentra la manera de expresar lo que siente, hablar de si se vuelve imposible, no sabe cómo dar cuenta de lo que está pasando, su consciente se ve inválido, está paralizado, inhibido, inhabilitado. Algo no marcha, algo en su decir no se articula, hay algo que se ha quedado fijo, inamovible y que se ha salido de su cauce natural.

Aquí es donde damos lugar primordialmente, a los significantes que el psicólogo presta al paciente, damos un espacio particular a ese sujeto que sufre, estamos atentos ante su silencio.

Entonces; ¿Cómo podemos sacar de la urgencia a este sujeto? Lo importante, es lo que este sujeto pueda decir (si en algún caso, logra articular aunque sea, unas cuantas palabras), lo que traiga a este espacio que se le ha ofrecido para que pueda poner en palabras todo aquello que le acontece, para poner un significado incluso a su silencio, de esta manera se tratará de restituirlo a la cadena significativa de la cual se ha descolocado.

Este proceso no tiene un tiempo determinado, puesto que lo importante es buscar el origen de la ruptura, y para esto no hay tiempo cronológico, sino mas bien hablamos de tiempo lógico.

Pero en una institución hospitalaria el tiempo corre rápidamente donde el sujeto no podrá eternizarse en este espacio de palabra, tampoco podemos abordar bajo el ángulo de la rapidez, usaremos todo el tiempo que se necesite para que surja el sujeto en esta situación de urgencia, no es nuestro interés mostrar eficacia en el menor tiempo posible, nuestra apuesta irá del lado de brindar nuestra presencia para hacer surgir nuevamente al sujeto. (urgencia, 2008)

El psicólogo deberá ponerse al servicio no de los ideales y del bienestar, sino más bien del deseo inconsciente y el malestar que lo acompaña, no deberá asumir una actitud de caridad, ni ubicarse en el nivel de comprensión, deberá evitar en todo momento ubicarse en el plano imaginario y querer “ayudar” a ese ser que nos necesita bajo la imagen mágica, tampoco deberá calcular una intervención desde nuestros propios gustos morales y altruistas, tampoco nos ubicaremos en un grupo de especialistas que intervienen en la urgencia donde no importará los medios que se utilice con tal de conseguir el acallamiento y la tranquilidad de ese ser que sufre.

Se va tratar que el sujeto recobre su lugar, su posición de sujeto, y que pueda lograr cuestionarse sobre aquella crisis que lo sorprendió, aunque será justo en el momento de crisis donde accionaremos, soportando un lugar, sosteniendo una presencia no dirigida al fenómeno en sí, sino dirigida al surgimiento de un sujeto que es en este caso, el paciente.

### **2.2.3 Clínica de la emergencia.**

El estar en un hospital, los significantes que más se presentan son; la enfermedad, muerte, pérdidas, dolor, tratamiento, significantes que pasan a ser para el psicólogo una prioridad de su actividad clínica.

La emergencia se constituye como una demanda de ayuda inmediata a partir de las situaciones de riesgo que se les presentan a los médicos que los obligan a tomar decisiones dirigidas a aliviar y solucionar el malestar físico de los pacientes, las mismas que pueden resultar muy drásticas y dolorosas en el sujeto, generando un impacto que desencadena una serie de conflictivas, muchos de ellos preexistentes ya. (Kesselman, 1972)

Los tratamientos que reciben los pacientes quemados, se presentan muchas veces de forma abrupta e inesperadas constituyéndose la clínica de la emergencia como en aquellos casos en donde hay que preparar al paciente para afrontar situaciones que generan mucha angustia, donde se ha producido una movilización del fantasma, es decir, de aquello que lo ha sostenido como sujeto.

El tipo de tratamiento impacta al paciente e implica un momento de crisis, a pesar de esto el sujeto no se ha desarticulado de su cadena significativa y es capaz de hablar y expresar todo aquello que le sucede y de cómo se siente frente a esto.

La clínica de emergencia consiste en invitar al paciente a relatar toda la historia del trauma tal como se produjo la quemadura, la hospitalización, etc. Y sus reacciones emocionales ante este suceso.

Se los trata prudentemente y tranquilizándolos, y al mismo tiempo se los induce a llenar toda posible laguna en la historia de su accidente y las reacciones emocionales que ha tenido, aunque sea muy penoso recordarlo, tan pronto como el paciente haya relatado el suceso ocurrido servirá para sintetizar todas las fantasías de enfermedad y curación, de vida y muerte que el paciente manifiesta.

Frente a la situación de emergencia el YO del paciente reacciona de manera defensiva, defensa que lo ayuda a reducir el monto de ansiedad en la búsqueda de un equilibrio. (Kesselman, 1972)

El tipo de defensa que el paciente tenga dependerá de la estructura psíquica que presente y por esta razón, el psicólogo se enfrenta a situaciones en donde el sujeto se halla en diversos estados como: negación, evitación, proyección, desplazamiento, racionalización, inhibición, aislamiento, que de alguna manera dificulta el trabajo psicológico, nuestra labor estará orientada a bajar las defensas que encubren el dolor no expresado, buscando instaurar la queja en el sujeto.

Lo que se busca es solucionar una situación “emergente” en donde el psicólogo tiene que intervenir de manera rápida; preparando al sujeto para una pérdida futura, intervención quirúrgica o exámenes especializados.

Frente a estas emergencia el psicólogo apuesta a que el paciente elabore el duelo ante la pérdida de su imagen que anteriormente tenía y en ocasiones de algún miembro del cuerpo, sin olvidar que el paciente enfrentado a una pérdida en lo real, sufre una herida narcisista a partir de la cual resignificará su esquema corporal. (Kesselman, 1972)

En la situación hospitalaria puede surgir la necesidad de entrevistar a familiares, como sucedió con la gran mayoría de los pacientes de la unidad de quemados, para recopilar datos acerca del paciente o brindar apoyo al familiar quien generalmente se encuentra en estado de angustia pues la situación lo desconcierta y exige de él cambios en su ritmo de vida al igual que al paciente.

## CAPITULO 3

### 3. ANÁLISIS DE INTERPRETACION DE RESULTADOS

#### ***3.1 Demostración de casos de pacientes tratados en la unidad de quemados.***

Se presentaran casos particulares, tanto de estructura neurótica, como de una estructura que muestra fenómenos elementales, que darían cuenta de una psicosis, que fueron trabajados en la unidad de quemados del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

Con la intención de ejemplificar y anudar la teoría aprendida y la práctica realizada en dicha institución, abrochando de esta manera la carrera de psicología.

Se presentaron muchos casos, se escogió particularmente, aquellos casos con la necesidad más inmediata.

## **Primer Caso**

El presente caso trata de una paciente a quien llamaremos "S" de 6 años de edad. Es la mayor de sus hermanas, vive en Caluma con su familia. Paciente hospitalizada por quemaduras de 2do y 3er grado.

Es derivada por la doctora y la psicóloga de la unidad, debido a que la paciente no hablaba.

Desde un principio la paciente se muestra callada. No habla mucho por no decir casi nada. Al principio se volvió muy difícil tratar de que esta elabore algo con respecto a lo que le estaba sucediendo en ese momento. No es sino a través de diferentes maneras de abordarla que se logra elaborar algo en relación al síntoma.

Al parecer la paciente vive en un ambiente donde se puede observar violencia. "S" hace un relato donde los significantes utilizados son: "La villana me tiro la leche, la villana vive debajo de la casa, la villana pega".

“S” a los 2 años sufre un accidente en el cual se desgarró una parte de las comisuras de su boca, con un objeto corto punzante; se ignora la procedencia de éste o de lo que realmente le sucedió a la paciente. Pero lo indicado por la madre es que a partir de este evento, a la niña se le dificultó hablar.

La principal problemática en la paciente es la dificultad que presenta en el lenguaje, le cuesta poder comunicarse con los demás de manera más o menos clara y fluida. Tiene un lenguaje muy precario, no puede formar oraciones largas y muchas veces están carecen de conectores. Posee un lenguaje algo confuso.

También manifestó conductas, que podríamos señalarlas como fuera de límite. “S” el fin de semana fue encontrada jugando con caca y ayer se comió la pasta de diente se le había indicado que no tenía que jugar o comer eso. Hoy nuevamente ha vuelto jugar con sus heces”.

Debido al poco tiempo que estuvo el paciente en la sala no se podría dar un diagnóstico definitivo de la estructura del paciente. Con lo trabajado en las sesiones que se tuvo con ella se infiere que su estructura muestra fenómenos elementales que daría cuenta de una psicosis.

Se recomendó que sea evaluada por psiquiatría. Se debería realizar un trabajo psicológico paulatinamente con la niña y con sus padres. De esta manera lograr o tratar que la paciente haga una metáfora delirante, para estabilizarla al reducir la angustia que le produce la intromisión del Otro del goce.

## Segundo caso

El caso que se trata es el de una paciente a quien llamaremos “V” de 1 año de edad. Es la menor de las hermanas, vive en Guayaquil con su familia. Paciente hospitalizada por Meningococemia, amputación de extremidades inferiores y parte superior (dedos en ambas manos).

Desde un principio con quien se trabaja es, con los padres de la paciente, puesto que ésta es una bebe. Sus padres se muestran colaboradores ante el trabajo psicológico. Se quejan constantemente del trato que les da el hospital, depositando toda la culpa en la institución.

Este caso es derivado por la psicóloga del hospital.

La madre de “V” comenta no haber tenido complicación alguna durante el embarazo. Pero si manifiesta haber estado en un ambiente conflictivo con su pareja. Relatando: “hubo una época en la que solo pasamos peleando, porque el salía mucho y yo tenía que quedarme en la casa y eso no me gustaba. Todo eso me ponía mal. Yo creo que eso le afectó a mi bebé y por eso le dio esto, es mi culpa”. “V” ha tenido que ser hospitalizada desde los nueve meses de edad porque una bacteria agresiva se instaló en su organismo haciendo que se empezaran a necrosar las extremidades de su cuerpo.

Motivo por el cual éstas tuvieron que ser amputadas antes de siguieran afectando más partes de su cuerpo o le podrían haber causado la muerte.

La principal problemática es la culpa que la madre se adjudica por lo que le está pasando a su hija. También la vergüenza que esta siente por la nueva imagen de la sujeto y el temor de lo que vayan a decir las personas que los rodean. Expresando: “me da vergüenza. No, no me da vergüenza, si es verdad me da vergüenza (llora), porque me da rabia que la gente nos tenga pena o que me salgan con alguna tontera. Mira pobrecita esa niña, esas cosas no me gustan doctora. Aquí una vez vino una enfermera y dijo: “pobrecita, lo que les va tocar es duro”. La mamá de mi esposo también nos dice lo mismo”.

Debido a la edad de la paciente no se podría dar un diagnóstico definitivo de la estructura de ella. Pero con lo trabajado en las sesiones con sus padres se puede decir que la estructura de ambos, es una neurosis.

Se debería tener un trabajo psicológico continuo con toda la familia de “V”. Y así trabajar en la aceptación de esta nueva imagen, con los conflictos y temores que le están produciendo a “V” y a su familia.

## **Tercer Caso**

El caso que se va a ejemplificar es el de una madre de un paciente hospitalizado en la unidad de quemados, a quien llamaremos "L" de 36 años de edad. Es madre de cuatro niños. Los cuales dos de ellos fueron víctimas de un incendio, en el que uno tuvo que ser hospitalizado y el otro (menor) falleció.

La sujeto residía en Zaruma con sus cuatro hijos, es ama de casa y sostén de la familia.

El padre de los niños no vive con ellos tiene otro compromiso y no mantiene una buena relación con ellos. "L" manifiesta tener una muy buena relación con sus hijos.

Desde un principio con quien se trabaja es con "L", puesto que el paciente hospitalizado está en un estado crítico en el cual no puede moverse, ni hablar. El hijo de 3 años de edad, sufrió quemaduras de 3er grado y tendrá que ser intervenido a cirugía para injertos.

Es derivada por la psicóloga de la unidad de quemados, debido a que han pasado por una situación traumatizante que le es difícil de asimilar para la madre.

Desde un principio la paciente se muestra con angustia y estalla en llanto. No se hace más que, recordar una y otra el accidente sucedido, cuestionándose que fue lo que pudo haber hecho para evitar lo sucedido.

Se siente devastada sin ningún consuelo puesto que perdió al menor de sus hijos cuando se incendió su casa.

“L” el día del accidente salió a comprar un crochet para bordar, ya que con eso ella logra mantener a sus hijos. Dejando a sus dos hijos menores en casa, al regresar “L” encuentra la casa en llamas logrando salvar a uno de ellos.

“L” Relata: “cuando quise entrar a sacar al otro los vecinos no me dejaron. Los bomberos dijeron que ya era muy tarde que no se podía hacer nada, el incendio se había ocasionado por un electrocortociuito. Aun no entiendo cómo pudo pasar eso, me pregunto todos los días una y otra vez como sucedió el incendio. Fue mi culpa por dejar la olla en la hornilla, por no haberlos llevado conmigo. ”

La principal problemática en este caso es la culpa que se adjudica la paciente por el accidente ocurrido.

También se encontraba en un estado muy fuerte de depresión en el cual "L" se siente sin ánimos, no encuentra de donde sostenerse, provocando en ella mucha angustia y llanto.

Llevándola a tener pensamientos o ideas de quitarse la vida. Manifestando: "yo me tenía que haber ido con él, mi chiquito, él era tan alegre, ya no lo tengo más conmigo. A veces pienso en no vivir más, el otro día que estaba cruzando la calle veía que pasaban los carros y pensaba en tirarme a la calle pero como estaba acompañada de la señora donde me quedo aquí. Ella me dijo: Venga, venga que le pasa no se quede ahí sola. Después cuando iba tender la ropa cuando estaba arriba pensaba en tirarme pero subió la señora y me dijo que hace aquí sola, si usted se muere va dejar a sus otros hijos y ellos la necesitan mucho ahora".

Debido a las pocas sesiones que se tuvo con la paciente en la unidad no se puede dar un diagnóstico definitivo de la estructura del paciente. Con lo trabajado en las sesiones con ella se puede decir que su estructura es una neurosis. Se observó también en la paciente depresión y gran monto de culpabilidad.

Se recomienda seguir con el trabajo psicológico con ella y con el niño una vez que salga del estado crítico. Para que de esta manera se trabaje el duelo, en la pérdida de este hijo y hermano. También se sugiere dar una interconsulta con psiquiatría para la paciente y así poder bajar un poco el nivel de depresión que le está provocando estas ideas de muerte.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El trabajar como psicólogas clínicas en una institución hospitalaria, con pacientes quemados, donde se hace presente la imagen corporal, abarcando niños de días de nacidos hasta los 18 años, de género femenino y masculino, padres de familias, ya sea de estructuras Neuróticas (obsesivas e histéricas) eclosionando después del incidente; y Psicóticos que desencadenaron, posterior a la quemadura, fue una experiencia que nos llevó a construir una clínica, colocándonos en posición de escucha, interviniendo, abordando, evitando colocarse en una posición de compasión.

En la institución hospitalaria, la demanda que más estuvo presente fue la rapidez, soluciones rápidas y eficaces, sin embargo, nuestra posición fue la de estar presente, serenas frente a situaciones inesperadas, como la del paciente quemado que no habla, con depresión, llanto, gritos, angustia frente a esto se abordó la clínica de urgencia, donde se le brinda un espacio incluso para su silencio.

El objetivo principal, fue el de tratar en todo lo posible de puntualizar la problemática subjetiva más repetitiva en la unidad de quemados.

Específicamente hablamos de la depresión, a su vez definir qué efectos se produjeron por dicha problemática, ante una imagen que el sujeto había construido y luego por algún incidente de cualquier índole surge una quemadura (independientemente del grado), irrumpe en el sujeto, puesto que pierde esta imagen de la cual se apropió, se trabajó también con los efectos que al familiar le afecta, puesto que, para ambos, tanto para paciente o familiar es un desajuste, trabajando con la clínica de la urgencia una vez que el sujeto pudo salir de la urgencia entonces, se pudo trabajar con la clínica de emergencia para elaborar el duelo de la pérdida de la imagen que poseía antes del accidente, tratando así, de esta manera construir subjetivamente una nueva imagen corporal, lograr una implicación en lo que está sucediendo, para que el sujeto, en adelante, pueda tener un mejor vivir.

Las recomendaciones con las que se ha podido contribuir, en base a la experiencia en la unidad de quemados, serían que, futuros practicantes de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, de la carrera de Psicología Clínica, puedan asistir a ésta área, que aporta mucho saber en cuanto a la práctica clínica, fundamental para futuros trabajos; que puedan abarcar esta plaza, y que dicho estudiante pueda ampliarse mucho más en el tema, inclusive, creando una demanda más potente del apoyo psicológico para esta unidad.

Brindar una mayor capacitación a los practicantes y así puedan aplicar las herramientas necesarias, para investigar posibles temas que aporten a su trabajo de titulación.

## BIBLIOGRAFÍA

- BOTERO, G. E. (2004 ). Traumatismos de guerra: memoria y olvido. *DESDE EL JARDÍN DE FREUD [ NÚM. 4 , BOGOTÁ ]* , 97.
- Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*. Buenos Aires: grama.
- Dolto, F. (1984). *La imagen inconciente del Cuerpo*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- ELIZALDE, H. D. (OCTUBRE- 2009). *GUIA CLINICA MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE QUEMADO PEDIATRICO*. Guayaquil.
- Freud, S. (1997). *Los caminos de formacion al sintoma(conferencia 23)- conferencias de introduccion al psicoanalisis*. Barcelona: Biblioteca nueva.
- Guerrero, G. Z. (Marzo de 2008). *REVISTA LATINO AMERICANA DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL*. Recuperado el Noviembre de 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n1/a04v11n1.pdf>
- Hofstein, F. (2006). *AMOR DEL CUERPO*. Buenos Aires: Nueva Vision.
- Kesselman, H. (1972). *Psicoterapia Breve*. Buenos Aires, Argentina: Kargoeman.
- Lacan, J. (1966). La Tercera.
- Lacan, J. (1988). *Escritos 1 "El estadio del espejo como formador de la función del yo (Je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica"(1949)*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Laurent, E. (2002). El revez del trauma. *Virtualia #6* , 5.
- Marie H. Brousse, G. D. (2001). *EL CUERPO EN EL PSICONALISIS Seminario de Investigacion*. Madrid: SAOR.

- Medina, D. N. (2005). *Las aplicaciones de la psicología en la rehabilitación integral del impedido físico*. Guayaquil: Dirección de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Guayaquil.
- Medina, N. G. (2012). *Material psicoterapia II*. Guayaquil.
- Sami-Ali. (1979). *Cuerpo real, Cuerpo imaginario*. Buenos Aires: PAIDOS.
- Torres, L. L.-B. (2008). *Duelo y melancolía, obras completas tomo II Sigmund Freud 1915*. Buenos Aires, Argentina: 1ra edición El Ateneo.
- Urgencia, G. d. (2008). *El psicoanálisis en la práctica Hospitalaria*. Buenos Aires, Argentina: Ricardo Vergara.