



Efectos e Incidencias del Proceso de Hospitalización en la Dinámica de la Relación Acompañante-Paciente con Diagnóstico Oncológico, en las Áreas de Cirugía y Quimioterapia de SOLCA.

José Alberto Basurto González

María Andrea Poveda Maridueña

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Ps. Cl. Ileana Velázquez Arbaiza, Mgs.

Guayaquil, Abril de 2014



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **José Alberto Basurto González y María Andrea Poveda Maridueña**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Psicólogos Clínicos**.

TUTORA

Ps. Cl. Ileana Velázquez Arbaiza, Mgs.

REVISORES

DIRECTOR DE LA CARRERA

ALEXANDRA GALARZA COLAMARCO

Guayaquil, a los 28 días del mes de Abril del año 2014



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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **José Alberto Basurto González** y **María Andrea Poveda Maridueña**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación “**Efectos e Incidencias del Proceso de Hospitalización en la Dinámica de la Relación Acompañante-Paciente con Diagnóstico Oncológico, en las Áreas de Cirugía y Quimioterapia de SOLCA**” previo 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 nuestra total autoría.

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

Guayaquil, a los 28 días del mes de Abril del año 2014

LOS AUTORES

José Alberto Basurto González

María Andrea Poveda Maridueña



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **José Alberto Basurto González y María Andrea Poveda Maridueña**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **“Efectos e Incidencias del Proceso de Hospitalización en la Dinámica de la Relación Acompañante-Paciente con Diagnóstico Oncológico, en las Áreas de Cirugía y Quimioterapia de SOLCA”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 28 días del mes de Abril del año 2014

LOS AUTORES:

José Alberto Basurto González

María Andrea Poveda Maridueña

AGRADECIMIENTO

A todos quienes me han acompañado en estos 7 años de sacrificios, logros, satisfacciones y desencuentros. Porque nadie dijo que algo que valga la pena es fácil.

A todos mis compañeros de diferentes promociones con quienes he compartido materias, semestres, años, e incluso aquellos que ya se graduaron. Gracias por haber vivido conmigo horas de estudio y dedicación, por hacer el camino interesante y único.

A mis compañeros de prácticas, solo puedo decirles que la pasamos bien. Gracias por este increíble año donde nos hemos apoyado mutuamente para soportar la fría realidad que afrontamos juntos en el ambiente hospitalario de SOLCA. En especial, gracias a Beto, por la confianza puesta en mí al elegirme como compañera de tesis, y por hacer de esta experiencia muy amena. Gracias por “rescatarme” y elegirme como tu compañera, la decisión de hacer la tesis contigo no pudo ser más acertada. Gracias por bailar conmigo durante todo este proceso que aún no acaba, porque nosotros seguiremos bailando, y no horneando pastelillos.

A mi director de prácticas, Antonio Aguirre, quien me guio en este año de prácticas en SOLCA. Experiencia en la cual, junto a mis compañeros de prácticas, pudimos aterrizar la teoría en una práctica concreta.

A nuestra directora de tesis, Ileana Velázquez, quien ha sido mi profesora varias veces desde el inicio de la carrera, y es ahora guía de mi trabajo de titulación.

No hay manera de expresar suficiente agradecimiento hacia mis papás, por su apoyo incondicional y constante a través de mi vida. Su presencia, amor y confianza hacia mi han sido el soporte primordial para llegar a la culminación de otra etapa más de mi vida educativa. Así

como han estado presentes, no solo guiándome a lo largo de mi vida, si no también acompañándome a través de logros y tropiezos, siendo los mejores ejemplos en todo sentido de la palabra.

Así como tampoco encuentro las palabras necesarias hacia mi esposo, Vico. Solo puedo articular gracias por ser mi compañero en innumerables noches de trabajo, por estar presente desde el inicio de mi carrera universitaria. Gracias por el amor infinito demostrado en estos siete años siendo incondicional, y por vivir conmigo cada sacrificio que ha significado llegar a este momento, por sostenerme cada vez que caía, y por celebrar conmigo cada logro. ¡Nos falta todavía vivir innumerables experiencias juntos!

A Valentina, por enseñarme otro tipo de amor y felicidad, del tipo más puro y sincero que conozco. Gracias por enseñarme que hay otro lado de mí que no sabía que existía.

A mi ñaña, mi compañera en todo momento. Sobra decir que eres mi hermana del alma, más que solo mi hermana. Eres mi más grande cómplice y ejemplo de pelear por lo que más quiero.

A Cumandá, mi patillo blanco, por ser mi guía y por tener confianza en mí, en ocasiones más que yo misma. Gracias, porque tu ejemplo de superación y educación continua es digno de seguir.

Don Lucho, gracias por amarnos tanto a tu amorcito de temporada y a mí.

Una sección de agradecimientos no es suficiente para expresar lo que siento hacia todas las personas que han sido parte de este camino. Han sido siete largos y fructíferos años en los cuales me he cruzado con innumerables personajes, materias, profesores, conocidos convertidos en amigos, etc. Años en los cuales mi lazo de unión familiar ha crecido aún más, y mi sentimiento de gratitud hacia mis tías Jeannette y Jackeline, mi abuelita Emma, mi tío Lucho y toda mi gran familia se ha extendido y se ha hecho imposible de no mencionar.

Así como también tengo tanto que agradecerle a Clara y Carmen. Gracias por su amor, dedicación y apoyo. Gracias por quedarse a mi lado.

Si de alguien me olvido, no es porque no lo tenga presente, simplemente tengo tanto de qué sentirme agradecida que se me escapan los nombres.

Finalmente, gracias a Dios, porque gracias a Ti tengo toda esta gran lista de agradecimientos. Gracias a Ti tengo mi maravillosa familia, porque un logro sólo es importante en la medida que pueda ser compartido con quienes más amas.

Y así mismo como inicié esta sección la finalizo. ¿Quién dijo que aquello que vale la pena es fácil?

María Andrea Poveda Maridueña

Por aquellas personas a las que he conocido en el transcurso de estos cinco años, y mis inseparables amistades que arrastro desde la secundaria, en las cuales encontré ese impulso para seguir esta carrera que ahora me llena de satisfacción.

Gratitud infinita a mi grupo de amigas que conservo desde el primer día del pre-universitario, porque hemos pasado por encuentros, separaciones, uniones y reencuentros que cada vez apreciamos más, atesorando cada detalle de cada paso dado y logrado, y suspirando ante cada caída, pero sobre todo motivándonos mutuamente a levantarnos y seguir luchando. En realidad muchas gracias Sara, Sharay, Meche, Diana, Ana, Karen, Mariela, Geanella y Cristhian.

A nuestra profesora, maestra, tutora y guía Ileana Velázquez, a quien tengo el agrado y honor de conocer desde el tercer semestre (segundo año) de la carrera, por todas las lecciones, técnicas, posturas y recomendaciones hechas para mi mejor desempeño profesional, llegando a cumplir mi meta y mi promesa de tenerla como mi tutora y guía de este trabajo de investigación. Quedo totalmente agradecido por todo su esfuerzo y tiempo.

A mis compañeros de prácticas pues con ellos pasé el último año de mi carrera universitaria y con quienes compartí en varias ocasiones de conversaciones, debates y discusiones, que terminaron formando y puliendo aún más las aptitudes de cada uno.

A mi director de prácticas en SOLCA, el psicólogo y psicoanalista Antonio Aguirre, ya que fue quien logró hacernos ver, a mí y a mis compañeros, la importancia del proceder clínico de un psicólogo, enmarcándose siempre a las normativas institucionales, sin dejar que esto afecte nuestra técnica.

A mi profesora, maestra, y psicoanalista, Nora Guerrero de Medina, por la preparación impartida antes de prácticas y el reforzamiento dentro y fuera de mis prácticas clínicas, por toda aquella ayuda y atención recibida muchas gracias.

A mis compañeras de lucha pues sin ellas en realidad estaría esperando para recién iniciar mis prácticas clínicas, con quienes también he compartido momentos agradables y amargos, y con quienes tuve el honor de compartir el último grupo de trabajo universitario. Solamente puedo decirles muchas gracias por todo el tiempo que soportaron a este sujeto neurótico, Ana C., Lorena A., Ana B., Diana N.

A mi memorable compañera y amiga de este pequeño y último proceso de nuestra carrera profesional, Andrea Poveda de Cueva, desde la ocasión en donde *Selena* nos presentó, las prácticas clínicas, y las innumerables veces que nos reímos por cualquier comentario emitido en nuestras conversaciones, hasta este preciso momento donde nos encontramos ahora, sinceramente muchas gracias, no pude encontrar mejor compañera de tesis.

E indiscutiblemente gracias a mi padre, a mi madre y mis abuelas, por todo su apoyo, por las correcciones y prohibiciones hechas, por su esfuerzo por el cual he logrado concluir esta etapa, y que me servirá también como referente y guía para avanzar este y todos los días de mi vida, por tenerme paciencia, por comprenderme y nunca abandonarme definitivamente gracias.

José Alberto Basurto González

DEDICATORIA

A mi equipo de apoyo en pleno, quienes se gradúan junto conmigo de psicólogos clínicos aún sin haber cursado la carrera. Porque la mayor satisfacción ha sido poder compartir con ustedes los resultados de tantos sacrificios que hemos realizado juntos.

María Andrea Poveda Maridueña

Siento que esta sección se ha convertido en la más complicada y confusa para mí, pues hay a tantas personas a las que les debo el estar aquí ahora, y el llevar a otro nivel mi meta profesional, por eso creo que es más que merecido dedicar este trabajo a todas aquellas personas que me apoyaron durante mis cinco años de estudios universitarios, a mis padres y mi familia sobre todo, pues sin ellos, quizás, no hubiese concluido esta etapa.

José Alberto Basurto González

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Ps. Cl. Ileana Velázquez Arbaiza, Mgs.
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN.

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

CALIFICACIÓN

**PS. CL. ILEANA VELÁZQUEZ ARBAIZA, Mgs.
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR**

ÍNDICE GENERAL

Contenido:

RESUMEN xv

ABSTRACT xvi

INTRODUCCIÓN 1

Capítulo I 8

Institución y Servicio Hospitalario. 8

Institución familiar. 10

Familia y presencia de un Otro en psicoanálisis. 13

Institución hospitalaria: entre el bienestar y la angustia. 16

Sujeto en la institución. 20

¿Por qué hablamos de angustia en los hospitales? 23

Importancia de la pulsión en el contexto Hospitalario: pulsión de vida y pulsión de muerte. 25

Bienestar: Clínico Hospitalario – Clínico Psicológico. 28

Capítulo II 33

La clínica en la institución hospitalaria 33

Trabajo psicológico con el paciente oncológico hospitalizado. 36

El acompañante en la institución hospitalaria: el sufrimiento de otro. 42

Importancia de la dinámica en la relación paciente acompañante. 46

Capítulo III 51

Análisis y Presentación de Propuestas de Intervención 51

Análisis de casos clínicos. 51

A) Caso 1: R.P. 52

B) Caso 2: S.M. 55

C) Caso 3: C.S. 60

D) Caso 4: L. O. 63

Comentario a partir de los casos. 66

Trabajo terapéutico posible en la dinámica paciente acompañante. 68

Estrategias de tipo interdisciplinario que se llevan a cabo en el trabajo con el paciente con diagnóstico oncológico. 72

CONCLUSIÓN 78

RECOMENDACIONES 81

BIBLIOGRAFÍA 83

RESUMEN

Efectos e incidencias por el proceso de acompañamiento de un otro a pacientes con diagnóstico oncológico, produciendo modalidades ansióginas, sintomáticas o inhibitorias, registradas en las áreas de cirugía y quimioterapia del hospital Dr. Juan Tanca Marengo (SOLCA) de la ciudad de Guayaquil, es un trabajo de investigación que surgió a partir de las prácticas pre-profesionales realizadas por los autores de dicho apartado. Trabajo marcado por el método clínico, el cual se basa en la comparación de textos con los casos tratados en la institución. Tomando como referencia institucional el hospital de SOLCA, se verán los efectos traumáticos que puede presentar una institución de esta índole en los pacientes hospitalizados, así como también en sus acompañantes, siendo de vital importancia la atención psicológica a este grupo de personas, la cual estará apoyada por el dispositivo clínico del departamento de psicología de la institución reseñada, dispositivo de atención que se maneja a partir del psicoanálisis aplicado a la terapéutica. Se explicitará en los casos presentados los momentos de angustia y sus modalidades ansióginas, así como también se expondrá el mencionado dispositivo de atención, para así poder responder a la hipótesis planteada, ya que se logra dar cuenta que el sujeto puede reconocer su verdadero malestar detrás de la enfermedad cuando se presentan dificultades en su discurso, que se traducen en las manifestaciones inconscientes. También se ha logrado ver la importancia de la atención psicológica al acompañante quien precisa una manera de sostenerse a las diversas formaciones sintomáticas.

Palabras claves: *Cáncer, psicoanálisis, terapéutica, manifestaciones del inconsciente, angustia, inhibición, síntoma, modalidades ansióginas, paciente oncológico, acompañante.*

ABSTRACT

Results and impact of the hospitalization process, on the oncology patient/escort relationship, causing anxious, symptomatic and inhibitory moments, registered in the surgery and chemotherapy departments of the hospital Dr. Juan Tanca Marengo (SOLCA) in the city of Guayaquil, is an investigation paper about the pre-professional clinical psychology practice executed by its authors. This is a paper in which the clinical method predominates, due to its foundation on theoretical texts compared with the psychological cases treated in SOLCA. Taking as the institutional reference SOLCA, there will be treated the traumatic effects an institution of this kind may cause on the oncology patient, as well as on the escort, which is why it is considered of vital importance to give psychological attention to this group of people as well, which will be supported by the clinical device of psychological attention used in the mentioned institution, device managed from a psychoanalytical approach with therapeutic effects. With the selected cases we will display the anxious moments and their forms, and the psychological attention device will be laid out, in order to respond to the proposed hypothesis. This way, the authors will achieve to prove the subject is able to recognize the real discomfort behind the oncologic illness when there are difficulties on their dialogue, which are translated into manifestations of the unconscious. The importance of the psychological attention towards the escort of the patient has been achieved to prove, this being a person who needs a way to stand against the various symptomatic formations.

Key words: Cancer, psychoanalysis, therapeutic, manifestations of the unconscious, anxiety, inhibition, symptom, forms of anxiety, oncologic patient, and patient's escort.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de titulación corresponde al trabajo de graduación previo a obtención del título de psicólogo clínico. Se fundamenta en las prácticas clínicas pre-profesionales realizadas durante el año lectivo 2013-2014 en el hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador, SOLCA, prácticas dirigidas por el psicólogo clínico y psicoanalista Antonio Aguirre, en calidad de director de prácticas y miembro del departamento de psicología de la referida institución hospitalaria.

El tema del trabajo de titulación, el cual trata sobre los efectos e incidencias del proceso de hospitalización en la dinámica de la relación acompañante – paciente con diagnóstico oncológico, en las áreas de cirugía y quimioterapia, fue elegido a partir de dichas prácticas, en las cuales se ofreció el servicio de psicología tanto a pacientes oncológicos como a sus acompañantes.

La importancia del tema del presente trabajo se fundamenta en el desarrollo de las entrevistas con los pacientes, en las cuales se pudo observar que el diagnóstico y tratamiento no afecta solo a este, sino también a la persona que está en calidad de acompañante, fuere este un familiar, amigo u otros; dando lugar a momentos de angustia, que pueden incidir en el proceso de cura de dicho paciente. Surge así, el interés por investigar sobre los efectos e incidencias que podría causar la dinámica interpersonal, que tengan el paciente hospitalizado y su acompañante, dentro de un ambiente hospitalario. Otra de las razones que motivaron el

estudio del tema es la complementación teórico-práctico que se ha logrado a través de las enseñanzas clínicas dentro del ambiente hospitalario oncológico como lo ofrece SOLCA, articulándose estas con las diversas teorías y lecturas de enfoque psicoanalítico que se han aprendido a lo largo de los años de estudio universitario.

Con este trabajo de investigación se busca una mejor comprensión de la dinámica paciente–acompañante y las complicaciones por las que ambos pasan durante el proceso de hospitalización. De esta manera, entendiendo las problematizaciones comunes de dichos lugares asistenciales, poder dar cuenta de la necesidad del ofrecimiento del trabajo psicológico a aquellos que se encuentran dentro de una institución hospitalaria, no solo de quien está en calidad de paciente interno, sino también de quien está como acompañante, ya que se considera que el papel que desempeña este último con respecto a la enfermedad del familiar, amigo u otro, es de vital importancia.

Con este estudio se pretende determinar los efectos que tuviere la dinámica interpersonal cambiante, en el proceso que abarca desde los exámenes que dan lugar a un diagnóstico oncológico, hasta el tratamiento e intervenciones quirúrgicas; lo cual se ha hecho posible y factible mediante las entrevistas y observaciones realizadas durante el año de prácticas pre-profesionales en SOLCA, tanto a pacientes oncológicos como a sus acompañantes.

De la información recabada en SOLCA se conoce que el 40% de los familiares de pacientes que atraviesan tratamientos oncológicos muestran o entran en diversas formas y momentos a los llamados episodios de angustia, 30% tienen alguna preocupación con respecto

a la enfermedad del paciente, sin que implique alguna contrariedad ansiosa, y otro 30% simplemente se niega de alguna forma al trabajo psicológico. (SOLCA, Departamento de Estadísticas Clínicas, enero-abril 2013). Por lo anterior, es conveniente la investigación puesto que a partir de este se podrán emplear formas de intervención a dichas molestias o preocupaciones, que se consideran significantes, acaecidas en la dinámica que se juegan durante todo el proceso de hospitalización.

El tema propuesto en esta investigación se corresponde con el objetivo 3 del Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, el cual es el **Mejorar la calidad de vida de la población**, que busca crear las condiciones para una vida satisfactoria y saludable; y, lograr una atención equilibrada, sustentable y creativa de las necesidades de las personas, familias y colectividades. Así como también, se articula con las líneas de investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, **Salud y Bienestar humano**; y las de la Facultad de Filosofía, **Desarrollo humano social**, en lo que se refiere a las enfermedades crónicas y degenerativas.

Específicamente, el contexto de la investigación es el hospital Dr. Juan Tanca Marengo (SOLCA), en el cual se diagnostica y se lidia con enfermedades oncológicas, donde los tratamientos son más radicales, largos y devastadores, de manera física y emocional para el paciente y su entorno socio-familiar. La problemática elegida para ser estudiada, parte de la complicación que existe en el sujeto, como sujeto del lenguaje, para cumplir un rol cuando se está en torno a los emblemas de lo mortal del cuerpo; es decir, el problema que aborda el trabajo de titulación es la reducción del sujeto de la palabra, sea este paciente o acompañante, a lo objetual de la enfermedad que puede significar de maneras diferentes para el paciente hospitalizado, como para la persona en calidad de acompañante.

El objeto de estudio del trabajo de investigación se centra en la dinámica acompañante-paciente, en torno a la enfermedad oncológica y las dificultades, efectos e incidencias que se producen por diversos motivos dentro de la institución hospitalaria, Dr. Juan Tanca Marengo (SOLCA).

Se tiene como antecedentes trabajos de titulación que se han realizado en la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, temas que han servido como referente para el desarrollo del presente documento de titulación. Los documentos de graduación previo a obtención de título de psicólogo clínico utilizados son: “Fundamentos Teóricos-Técnicos de un Dispositivo de Atención de Psicoanálisis Aplicado a la Terapéutica en SOLCA” (2013), siendo sus autores Ericka Hernández y Andrea Robles Pincay; “Propuesta de atención psicológica a madres del área de pediatría de SOLCA” (2012) siendo su autora Cristina Barredo; “El Rol del Psicólogo Clínico en las Instituciones” (2011) siendo su autor Daniel Oleas; e “Intervención con la Esposa de un Paciente Hospitalizado para que Verbalice en Torno a su Angustia y Depresión” (2010), siendo su autora Karla Maldonado Briones.

Como ya fue mencionado anteriormente, el contexto de las prácticas clínicas realizadas es el Instituto Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo, fundado por el Dr. Juan Tanca Marengo durante la década de los cuarenta a modo de campañas de prevención y cura del cáncer (Institución dedicada a la Lucha Antineoplásica en el Ecuador). Dicha institución, en 1951, se consolidó como la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador (SOLCA).

Es una institución privada con fines de servicio público y sus principales fines son planes

de enseñanza e investigación, que permitan prevenir, curar y paliar las enfermedades oncológicas.

El hospital de SOLCA consta con los Servicios de Psicología, Radioterapia, Emergencia, Quimioterapia Clínica (salas generales de hospitalización), Cirugía y Cirugía Ambulatoria, Consulta Externa, Laboratorio Clínico, Endoscopia, Oncología Pediátrica, Pensionado (habitaciones privadas), Ginecología, Dermatología, Cuidados Paliativos, Nutrición, Pre Admisión, entre otros. (Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador, 2011)

El departamento de psicología se encuentra conformado por cuatro psicólogos, siendo el referido psicólogo clínico y psicoanalista, Antonio Aguirre, el guía y director de las prácticas realizadas por los estudiantes egresados de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Las prácticas pre-profesionales señaladas, se iniciaron en el año 2005, teniendo una duración de diez meses por periodo lectivo. Durante este período, se ha atendido las áreas de quimioterapia clínica, cirugía, emergencia y quimioterapia ambulatoria. Se ha ofrecido el servicio de psicología, tanto a pacientes de SOLCA como a sus acompañantes, llevando a cabo entrevistas con quienes aceptaban ser atendidos. Estas entrevistas fueron llevadas a cabo desde un punto de vista del psicoanálisis aplicado a la terapéutica. Se han atendido individualmente a pacientes y acompañantes (familiares, amigos y otros), ya sea que hayan sido derivados al servicio de psicología o que hayan aceptado la oferta del servicio de los practicantes.

En cada entrevista se ofrece un espacio de palabra, fuera de lo médico. Se trata de un

espacio confidencial, en el cual el paciente pueda hablar de su malestar, dando como consigna que hable sobre lo que desee, esperando que pueda hacerlo sobre un tema más allá de su malestar físico. De esa manera, se intenta lograr determinar si al paciente le es posible un cambio de escena. En algunos pacientes se estableció una demanda y se realizó un trabajo terapéutico. En otros casos, se llevó a cabo una entrevista sin seguimiento. Así como también, se dio el caso de pacientes con quienes se tuvo varias entrevistas en las que no se estableció realmente una demanda y no pasaron de ser varias entrevistas preliminares. Además, por ejemplo en el área de quimioterapia ambulatoria, se realizaron varias entrevistas con un mismo paciente, pero en hospitalizaciones subsiguientes. Por otro lado, aunque la práctica está basada en un psicoanálisis aplicado a la terapéutica, no siempre fue factible obtener un efecto terapéutico en las entrevistas realizadas.

El objetivo principal de la investigación es analizar los efectos e incidencias del proceso de hospitalización en la dinámica de la relación acompañante – paciente con diagnóstico oncológico, en las áreas de cirugía y quimioterapia del hospital Dr. Juan Tanca Marengo (SOLCA), de la ciudad de Guayaquil. Siendo los específicos caracterizar la dinámica socio-familiar que se maneja dentro de una institución Hospitalaria; observar y definir, a través de las entrevistas, los cambios que hubiere en la dinámica paciente-acompañante; determinar los efectos que tuviere la dinámica socio-familiar en el estado anímico y físico del paciente; identificar las causas más comunes por las que se presentan los episodios de angustia en las personas en calidad de acompañante; relacionar las causas de los momentos de angustia observados en la práctica, a partir del aporte teórico de textos bibliográficos que se encuentren dentro del marco psicoanalítico; ejemplificar las problemáticas concebidas dentro del trabajo de acompañamiento y los episodios de angustia que estos conllevan, a partir de casos tratados en la práctica realizada en la institución hospitalaria.

La hipótesis planteada por los autores del presente trabajo es que la intervención psicológica con orientación psicoanalítica enfocada a la dinámica de la relación paciente con diagnóstico oncológico y su acompañante (familiares, amigos y otros), posibilitará por un lado, que el sujeto de la enunciación pueda reconocer su verdadero malestar detrás de la enfermedad, es decir aquello que le causa dificultad en su discurso; y por el otro, que quien lo acompaña, aquel que sufre o sintomatiza sin presentar malestares físicos, pueda sostenerse de manera integral a las diversas formas sintomáticas que se presentan en las diferentes instituciones asistenciales.

La metodología del trabajo de investigación está marcada por el método clínico, puesto que se trabaja en el análisis de casos que se abordaron en la práctica pre profesional dentro del hospital de SOLCA, dicho análisis está conceptualizado a partir de la teoría psicoanalítica la cual será eje principal para el desarrollo del trabajo de investigación propuesto; la técnica utilizada para el manejo de dicho método ha sido la entrevista.

Capítulo I

Institución y Servicio Hospitalario

Para contextualizar el Trabajo de Titulación en curso es imprescindible hablar de lo que son las instituciones, cómo están conformadas, y sus demás características, para de este modo entender la posición del paciente hospitalizado.

Se entiende por institución aquellos cuerpos estructurados que se rigen por normas, prohibiciones y un conjunto de ideas que regularán y condicionarán las relaciones y formas de intercambio social. Son de carácter normativo, social, jurídico y cultural. Las instituciones son de carácter social y poseen una estructura dinámica, debido a que se encuentran en permanente cambio y siendo su objetivo la regulación y mantenimiento de las interacciones sociales, procurando la satisfacción de los miembros que participan de dicha institución.

Debemos recordar la naturaleza social de los individuos, ya que las particularidades de cada uno de ellos se impregnan en las normas de la institución de la cual está formando parte. Es fundamental hacer hincapié en el vínculo de pertenencia a la institución, la que deberá responder a las necesidades de sus integrantes; y así mismo, estos deberán responder a las normas y prohibiciones impuestas por ella.

Específicamente, el trabajo de investigación en curso se llevó a cabo en una institución hospitalaria, entendiendo a esta como un establecimiento ya sea público o privado, donde se curan los enfermos (Dorland, 1983). Dentro del instituto hospitalario se cuenta tanto con personal especializado en varios campos médicos, así como también recursos y elementos que contribuyen al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, o prevención del estado de salud de quienes asistan a él.

La institución hospitalaria donde fue realizado el trabajo de prácticas es el hospital Dr. Juan Tanca Marengo o Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador (SOLCA), que en su calidad de institución sigue normativas y tiene una autoridad máxima, que es el Presidente de la Fundación. (SOLCA, 2011). Tiene como principal función la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades neoplásicas, o también llamado cáncer.

El hospital en mención cuenta con diversos departamentos médicos, distribuidos dentro del edificio de la siguiente manera, empezando por la planta baja, donde se ubican cuidados paliativos, radioterapia, emergencia y quimioterapia ambulatoria, así como también hay consultorios de dermatología, ginecología, cáncer de partes blandas, etc. En el primer piso alto se encuentra el área de cirugía ambulatoria y cirugía, donde encontramos pacientes previos a ser operados; después de su intervención quirúrgica, que puede ser desde una biopsia, extracción de tumoraciones, hasta operaciones quirúrgicas preventivas. Para que el paciente esté ingresado en esta área, no es necesario que sufra de una enfermedad neoplásica.

El área de pediatría se ubica en el segundo piso, donde se tratan infantes, niños y adolescentes de hasta 16 años de edad. En el tercer piso, encontramos el área de quimioterapia clínica, donde los pacientes se encuentran hospitalizados en salas generales, o ambientes privados, para recibir quimioterapia y están distribuidos dependiendo el nivel de aislamiento que requieran de acuerdo a su enfermedad.

Siendo la estructura de la institución de carácter social, se debe tomar en cuenta a las personas que forman parte de ella y la manera cómo las relaciones y formas de intercambio social son reguladas por las normas establecidas en la institución, normas que van formándose de acuerdo a las características de los individuos, ya mencionados, y sus particularidades.

Las normas y prohibiciones de la institución remiten a la prohibición primordial, aquella del incesto, y lo que ella significará para el individuo. Es decir, debido a esto se da un intercambio entre los integrantes que serán el individuo, los otros y la institución; lo que se lleva a cabo dentro de un contexto que contiene tanto variables como constantes. Siendo la constante el encuadre proporcionado por la institución y sus normas y prohibiciones. Por otra parte, las variables, que son los individuos integrantes de la institución, que vendrían a ser pacientes, personal administrativo, personal docente, acompañantes de los pacientes, médicos, entre otros.

Institución familiar. Así, la institución viene a tomar el lugar del gran Otro de la prohibición del incesto. Remitiéndonos así a la institución primordial que es la familia, siendo esta (Roudinesco, 2002) una institución humana doblemente universal debido a que va a

asociar un hecho cultural, que ha sido construido por la sociedad, con un hecho de la naturaleza, ya que está ceñido a las leyes biológicas de la reproducción. Es aquí donde interviene el fundamento lógico biológico de la unión de un hombre con una mujer, pero más allá, interviene el fundamento de la realidad, es decir, la ley de prohibición del incesto. Esta ley nos indica que el proceso regular de la filiación puede continuar únicamente a través del intercambio y prohibición del incesto, que vendría a ser el proceso natural de la alianza.

En los trabajos desarrollados por Jacques Lacan, y específicamente en el denominado *La Institución Familiar* (La Familia, 1938), se pueden encontrar aspectos enunciados desde el enfoque psicoanalítico, destacando que,

La familia aparece como un grupo natural de individuos unidos por una doble relación biológica: la generación, que depara los miembros del grupo; las condiciones de ambiente, que postulan el desarrollo de los jóvenes y que mantienen al grupo, siempre que los adultos progenitores aseguren su función. (p. 107)

Es así como se debe entender a la familia, es en este vínculo de doble relación y de la seguridad que se debe tener al ejercer las funciones de los progenitores, dichas funciones que el autor mencionado expondrá como el *Deseo Materno* y el *Nombre del Padre*, funciones que estructuran al sujeto y que involucran todas las identificaciones acogidas por los progenitores del ambiente en donde se desarrollan, sociedad o cultura, y que definitivamente servirán para dar aceptación a otra generación.

Por ende no podemos dejar de hablar del sujeto. Aquel sujeto del inconsciente que surge solo y únicamente en análisis, y que se tratará más adelante la posibilidad, o no, de hablar del paciente de SOLCA como un sujeto.

Dentro de la dinámica familiar se vive un proceso de estructuración del sujeto. Estos procesos de estructuración dependerán de la manera de asumirlo de cada sujeto, siendo así único e irrepetible para cada individuo. La institución familiar no está exenta a cambios y traumas que podrían trastocar la dinámica de esta. Es por dicho motivo que se considera necesario incorporar y tratar al grupo familiar dentro de un contexto hospitalario.

Tratar el proceso de constitución del sujeto del inconsciente, sujeto pertinente al psicoanálisis se considera primordial, debido a que el dispositivo de atención utilizado en las prácticas clínicas en SOLCA y por los miembros del departamento de psicología de dicha institución está enmarcado por el psicoanálisis aplicado a la terapéutica, dispositivo que será tratado en un acápite posterior, así como también su efecto terapéutico será abordado a posteriori. Ya que, para hablar del sujeto y su constitución, se debe tratar de abordar al sujeto del inconsciente, el deseo, la libido, goce y por consiguiente, la angustia; esto se debe a que la angustia no es más que, tal como lo dice Juan Bauzá en la introducción del texto de Freud, *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1975), “la excitación sexual acumulada (o la libido) transmutada directamente en angustia”. (p.2)

Para poder ver la posible relación que puede tener dicho sujeto con el llamado paciente hospitalizado, es que este trabajo de investigación se supone en la realidad institucional del

hospital de SOLCA, donde, como ya fue mencionado en las características propias de una institución, este referido sujeto queda por fuera, siendo la familia y presencia de un Otro de vital importancia para poder rescatar la calidad de sujeto del paciente del departamento de psicología, sea este el paciente oncológico o acompañante dentro de la institución.

Familia y presencia de un Otro en psicoanálisis. Se conoce que en la institución familiar se maneja una dinámica y que en esta se juegan momentos que se presentan como angustia en el sujeto, quien está en un proceso de estructuración. Por esto debemos entrar a analizar la importancia que tiene en dicha dinámica la presencia de este Otro, que en un primer momento es la madre, que significa el cuerpo del niño, y que debe lograr la unificación de la imago, imagen corporal, del infante.

Este proceso de estructuración del sujeto es complementado con el complejo de Edipo (Freud, Tres Ensayos de una Teoría Sexual, 1905), donde la madre y el niño forman una unidad perfecta, un todo. De este modo, uno es deseo del Otro, este Otro que desde el psicoanálisis se define como este prójimo (un sujeto individual cualquiera) pero al mismo tiempo este es el conjunto de sujetos que instituyen la cultura y/o sociedad. (Lacan, Seminario XVI: De un Otro al otro, 1968).

Es entonces como se entiende a este Otro, desde Lacan, es este conjunto de sujetos que constituyen la cultura y que además instituye el recurso que desde la teoría del autor se lo conoce como el *tesoro de los significantes*, pues lo que se organiza y se acoge desde este Otro es el lenguaje.

Luego, y siguiendo al psicoanálisis, se pasará a tomar dicha teoría sexual Freudiana, para convertirla en un proceso que conllevan tres tiempos lógicos (Lacan, Seminario V: Las Formaciones del Inconsciente, 1958), lo cual resulta de vital importancia retomar para el trabajo de investigación, puesto que como se mencionó anteriormente el proceso de estructuración de un individuo a sujeto, sujeto (de sujetar) del lenguaje, de la cultura, de la sociedad, sujeto a las interrelaciones, es único e individual.

Es decir cada sujeto pasa su proceso de estructuración de una forma diferente a la de los demás individuos, esto es lo que nos trata de explicar Lacan desde su tratado, puesto que el individuo se maneja dentro de una cultura y sociedad cambiante que le otorga significantes, tal como el autor los llama, que logren dar una respuesta a su falta, respuesta o significante que viene dado en primer momento dentro de la dinámica familiar, o la triada Madre-hijo-Padre.

Sin embargo, es a partir del Estadio del Espejo (Lacan, Los Complejos Familiares en el Sujeto. La Familia, 1938), donde se puede hablar de una configuración de sujeto a partir del Otro. Aquí se puede hacer una diferenciación entre lo que es el esquema corporal, lo que es común a los seres humanos, y la imagen corporal o imago, propia de cada individuo.

Dicha imagen corporal la vemos conformada por experiencias emocionales vividas de manera particular desde que el niño es capaz de percibirse a sí mismo por primera vez, es decir, su imago corporal en el espejo, este espejo que no es más que este otro, este otro

semejante que le sirve de referencia al infante, conformando de esta manera, durante este estadio, el yo como instancia psíquica.

A pesar de que la subjetividad se desarrolle a partir del estadio del espejo y la configuración de la imago, y que incluya el proceso que conlleva al saber hacer del sujeto con esa forma inconsciente que remite al deseo de ser de ese sujeto, es mediante el lenguaje que finalmente se establecerá la configuración del sujeto. Esto se debe a que es un Otro quien dará significado, orden y articulación a todo aquello que estaba desarticulado y desordenado en el niño, de ese modo posibilitándole el ingreso al orden de lo simbólico. Es entonces, otorgándole una imagen de totalidad, de completud, que se le confiere ese rasgo unario ilusorio, donde el Otro interviene para permitir la configuración de la imagen.

Después del paso por el estadio del espejo, y la salida del complejo de Edipo, dada por aquella renuncia fundamental, es que el niño, como individuo, transita hacia la constitución y estructuración de su subjetivación. Aunque dicha constitución está en constante riesgo de sufrir algún trastocamiento que inhiba o fije al sujeto en una forma de goce, aquel que se puede presentar como la enfermedad y los nombramientos que surgen de esta. Nominaciones tales como discapacitado, convaleciente, incurable e incluso desecho, lugares que facilitan al sujeto un goce que no busca, necesariamente, la puesta en palabra. Y, como se verá en el siguiente apartado, dichas fijaciones de goce se intensifican cuando el sujeto se encuentra en calidad de paciente dentro de una institución hospitalaria.

Institución hospitalaria: entre el bienestar y la angustia. El marco de acción en el cual está pensado y desarrollado este trabajo de investigación, no es otro que la institución hospitalaria, de la cual ya se ha ido definiendo algunas acepciones básicas, y en donde se ha realizado un trabajo de prácticas clínicas.

Dentro de lo que se refiere al trabajo psicoanalítico dentro de una institución asilar José Bleger (Kaes, et al., 1989), presenta la dificultad que este marco ha tenido con respecto al desarrollo de su praxis, puesto que como toda institución, la asilar hospitalaria también responde a jerarquías, puestos, políticas, economías, y terapias muy diversas que conllevan a la pregunta sobre el inconsciente, sobre la demanda posible en dichas instituciones, así como también sobre el discurso que se prepondera en estas.

El discurso que predomina en la mayoría de los establecimientos institucionales, ya sean de tipo asilar, penitenciario o formadores, se da por lo que en su momento Lacan (Seminario XVII: El Reverso del Psicoanálisis, 1992) propuso como el discurso del amo, el cual estaba enmarcado en una verdad que era el sujeto tachado por su síntoma ($\$$), que entraba en la búsqueda de respuestas para ese síntoma que lo aqueja, es aquí donde se nota al amo pues este está definido como ese significante (S_1) que desde el discurso le dice a ese sujeto tachado que hacer, a partir de su saber (S_2), guiado a conseguir algún objeto (a), que este caso puede ser la medicina, que le regule su goce, entendiéndose que este no solo implica placer, sino también dolor.

A dicho discurso del amo se le contrapone, en las instituciones, el discurso del analista, tal como lo llamó el autor referido; dicho discurso está enmarcado por un saber en el lugar de la verdad, dicha verdad que está oculta por un objeto que regula el goce, este *objeto a* que no es otro que el analista, desde esta posición lo que el analista buscará pautar es la ley del no todo, pauta que se dirige en lazo transferencial al sujeto, para dar como producto un significante que codifique dicha verdad reprimida.



Discurso del Amo

Discurso del Analista

Matemas del Discurso del Amo y Discurso del Analista del Seminario XVII de Jacques Lacan: El Reverso del Psicoanálisis

Con respecto a lo que se refiere al trabajo psicológico, se debe limitar que este está concebido como el trabajo clínico posible dentro de una institución hospitalaria o de salud, por esto en el aporte que realizan María Mucci y Deborah Benaim (2009) se puntúa que dicho trabajo:

Se caracteriza por la relación médico- paciente y se ubica en relación a la interdisciplinariedad como parte del trabajo de la institución hospitalaria, en dicho trabajo

es necesario que el psicólogo a partir de su rol analice las intervenciones para promover y acrecentar la salud, prevenir, evaluar y tratar/ rehabilitar trastornos específicos, formar así mismo profesionales que se dediquen a la investigación. (p.123).

Así mismo, otra de las metas sobre el trabajo psicológico prestado, en el ejercicio hospitalario advierte que el objetivo de dicho trabajo se vectoriza en la atención que debe cuidar del bienestar del paciente, es decir, que no se interrumpa su desarrollo físico, psicológico y social y que no se vea entrecortado el vínculo con sus pares y familiares.

Por ende, es de especial atención para el psicólogo clínico que entienda a la institución hospitalaria asistencial como el lugar donde se cruzan condiciones y circunstancias, las cuales serán definidas más adelante, que ponen en riesgo la estabilidad psíquica y emocional del paciente que entra en calidad de interno, así como también la estabilidad de aquella persona que desempeña el trabajo de acompañante, sea familiar, amigo, conocido, etc.

Desde aquí se puede ver que las instituciones hospitalarias a pesar de seguir el objetivo de sanar las dolencias o enfermedades somáticas, son ellas mismas productoras de enfermedades que se traducen en malestares psíquicos u emocionales, es por esta razón que se cree de vital importancia introducir la problemática antes mencionada, pues resulta paradójico que un institución asilar donde se ve por la salud integral, y más aun con los estatutos aprobados sobre la práctica médica que van guiados al desarrollo del buen vivir, pueda ser generadora de dichas problemáticas.

Cuando se trabaja en una institución hospitalaria, cuyo objetivo primordial de carácter medico está dirigido a la prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación de las enfermedades que se presentan en el organismo, siendo en el caso específico del Hospital de SOLCA de las enfermedades neoplásicas; es necesario definir y diferenciar los objetivos del psicólogo que se desempeña en el ámbito hospitalario, los cuales están ordenados hacia el tratamiento terapéutico de los períodos ansioginos que el paciente puede llegar a presentar en los momentos de dificultad en donde se vean comprometidas su salud, su organismo y su psiquis.

Específicamente dentro de la práctica psicológica sostenida en el Hospital de SOLCA se manejó además de lo ya mencionado, un método apoyado en la teoría psicoanalítica, en el cual se buscaba dar indicios de que dicho paciente hospitalizado o acompañante diera cuenta, por medio de las otras escenas, de situaciones que puedan estar también afectando su estado, dando cuenta de la manera que este paciente o este acompañante, que se encuentran en el contexto asistencial, dan vestigios de aquel sujeto que importa en la práctica psicoanalítica.

Pero para poder hablar de dicho paciente o acompañante, en calidad de sujetos, del sujeto del inconsciente; se debe prever que tanto el paciente como el acompañante están tocados, atravesados y reducidos, por el significante de la enfermedad oncológica, y que por ende puedan proporcionar huellas de que detrás de la situación de la enfermedad se logre encontrar un sujeto que está siendo afectado, angustiado, no solo por el contexto institucional, sino también por situaciones, circunstancias y medios que se dan por sus interrelaciones, por escenarios que van más allá de su estado actual, sea el de hospitalizado o el de cuidador; es de vital importancia que pasemos hablar de lo que se entiende por sujeto, dentro de la práctica

psicoanalítica, y como este puede presentarse en una institución, en la cual no se realiza una práctica netamente psicoanalítica.

Sabiendo entonces que la institución hospitalaria es un lugar en el que se dinamiza la compleja relación entre el bienestar, aquel que se da en la meta del médico y en el cual esta privilegiado la enfermedad somática, el organismo en sí; y la angustia que se presenta en las diversas situaciones que el paciente pasa dentro dicha institución; y en la cual esta privilegiada la práctica clínica, en base a este instrumento, la angustia que inevitablemente trastoca este bienestar, por ende se puede prever un conflicto que se jugará en torno al sujeto, a ese sujeto que quedó relegado a la posición de paciente hospitalizado o la posición de cuidador de dicho paciente, y entre este conflicto se podrían dar lugar a conflictos dentro de la relación que este paciente tiene con su acompañante, puesto que en dicho lazo transferencial se podrían estar intensificando vivencias, preocupaciones, conflictos no resueltos, etc.

Dichos conflictos satélites, puesto que se dan alrededor del conflicto primario, deberán ser evaluados, sin perder la noción de particularidad y singularidad que dan fundamento a la práctica clínica, por ende se entenderá a cada sujeto como único dentro de la escucha, pero sin olvidar dicho lazo dinámico que se mantiene entre estos dos personajes enmarcados por la institución hospitalaria como el enfermo y su acompañante.

Sujeto en la institución. En el trabajo actual, al hablar de los individuos tratados por el Servicio de Psicología de SOLCA, o por los practicantes en este caso, se habla tanto del paciente oncológico como del acompañante de este. Durante el período de prácticas clínicas

se ha trabajado bajo un encuadre psicoanalítico aplicado a la terapéutica, rigiéndonos a un marco teórico psicoanalítico. Esto se debe a que el director de las prácticas es un psicólogo clínico y psicoanalista, además de que el contenido teórico impartido en la carrera de psicología clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil en los años previos a las prácticas clínicas pre-profesionales es principalmente acerca del psicoanálisis y sus actualizaciones. Dicho esto, podemos especificar que el sujeto del que se trata en el trabajo de titulación en curso, y el que interesa al psicoanálisis es el sujeto del inconsciente. Es decir, nos referimos al sujeto del deseo, aquel sujeto en falta que renunció al objeto fundamental, que renunció a algo desde su inscripción en el mundo del lenguaje.

En el área hospitalaria, dicho sujeto siempre se encuentra referido a otro. Un otro que no siempre lo trata como sujeto, si no como a un diagnóstico, un cuerpo enfermo, una tumoración, un número de cama, o un caso más. SOLCA, siendo una institución hospitalaria, se maneja dentro de un discurso hospitalario, un discurso médico que no deja lugar a la subjetividad o particularidad debido al desarrollo de la ciencia y la inclusión de esta en la medicina.

De modo que este sujeto es desubjetivizado, reducido a un objeto dentro del discurso médico, que trata solo de obtener los mejores resultados o la solución a la enfermedad que aqueja al paciente de la manera más rápida y eficiente posible, sin responder a las necesidades de otra índole que podría desarrollar el individuo dentro del proceso pre-diagnóstico, diagnóstico, post-diagnóstico y de tratamiento de una enfermedad oncológica. Las necesidades anteriormente mencionadas son traídas, por la ciencia y el avance rápido de la globalización, atendiendo la queja. Sin embargo, son los mismos médicos quienes no tienen

los recursos para sostener las respuestas a preguntas causadas por ellos y por el discurso médico.

El sujeto, dentro de la institución hospitalaria tiene condición de objeto, ya que medicamente se realiza lo que debe ser realizado, sin embargo las necesidades del sujeto son otras. Es aquí donde entra en juego el psicoanálisis, más específicamente el psicoanálisis aplicado a la terapéutica, para no solo atender la queja, si no producir efectos de verdad. De modo que, es nuestra labor, como psicólogos, no dejarnos confundir por el discurso médico, si no poder contribuir de la mejor manera posible a nuestro trabajo interdisciplinario, junto con el equipo médico, atendiendo las necesidades particulares de cada individuo, devolviéndole la condición de sujeto.

Sin embargo, para tratar de entender la posibilidad de hablar del sujeto dentro de la institución es necesario tratar el discurso del amo (Lacan, Seminario XVII: El Reverso del Psicoanálisis, 1992). Aquí entran en juego el discurso del amo y el discurso del analista, los cuales están en las antípodas, es decir, uno en el lado contrario del otro, por dicho motivo es un tanto conflictivo hablar sobre el sujeto en la institución.

Se debe, entonces, especificar que SOLCA, como institución hospitalaria, se maneja con parámetros del discurso del amo. Es decir, con reglas, normas, prohibiciones, parámetros de salud pública. Parámetros que son generales, propios del discurso del amo. En este ámbito hospitalario y siguiendo dichos parámetros, el sujeto queda, por estructura, por fuera.

Mientras la institución se maneja bajo el discurso del amo, el sujeto se maneja bajo el discurso del analista. Desde el discurso del analista se pretende rescatar el goce, intratable dentro de los dispositivos de una institución que como tal se rige por discurso del amo. En la estructura del discurso del amo, el objeto *a* no se encuentra dentro del lugar de la producción, motivo por el cual Lacan mencionaba que en el discurso del amo el sujeto se encuentra en el lugar de la pereza, debido a que el sujeto no trabaja dentro de él. Se podría decir que hablar del sujeto dentro de la institución es algo imposible, ya que sujeto e institución son algo inconciliable, ya que se da un rechazo. Sin embargo, el psicoanálisis trabaja sobre lo imposible, mas no como algo no abordable, si no que se le da un estatuto a lo inabordable, y es sobre eso que se trabaja.

Siguiendo los lineamientos de la institución hospitalaria, se podría decir que dentro de las prácticas clínicas realizadas en SOLCA no se hace surgir al sujeto, al sujeto del inconsciente, al sujeto que goza. Dicho esto, se recalca que dentro del presente trabajo se tratará de dar cuenta de que lo que pasa más allá de la enfermedad, podría ser un indicio de que ese sujeto podría estar involucrado en el trabajo psicológico realizado por los practicantes de psicología clínica con los pacientes y sus familiares.

¿Por qué hablamos de angustia en los hospitales? Debido a que las leyes y prohibiciones de la institución nos derivan hacia la prohibición incestuosa, y al hecho de que la familia sea considerada una institución, viene a explicar el motivo de que en la institución hospitalaria se formen lazos transferenciales. De este modo se reavivan vínculos de la infancia y la familia se ve de algún modo duplicada en el vivir diario hospitalario.

Luego de la breve aclaración de los procesos estructurales, y de enmarcar el trabajo psicológico dentro de la institución hospitalaria, y más aún en una institución como lo es SOLCA; se pasa a pensar que la angustia en dichas instituciones asistenciales siempre van estar presentes. Cabe aquí definir qué es la llamada angustia a la que se hace referencia en este trabajo. Y, si bien sobre este concepto hay diversas y variadas acepciones, se tomarán las formuladas por Freud a lo largo de sus escritos, y en donde va definiendo los tres conceptos, y la funcionabilidad defensiva del yo.

Durante el primer período Freud considera la angustia como núcleo esencial para organizar las neurosis, llamando a este grupo neurosis de angustia. Divide las neurosis en neurastenia y neurosis de angustia. La diferencia entre una y otra se expresa como acumulación de la excitación o como empobrecimiento de la misma. “La angustia es la reacción originaria frente al desvalimiento en el trauma que más tarde se reproduce como señal de socorro ante el peligro”. (Freud, Inhibición, Síntoma y Angustia 1975. p. 156), Será entonces, la posición del yo frente a la angustia de castración lo que desencadene la represión. En otros términos, la angustia crea la represión.

Posteriormente para Freud, la angustia de muerte se juega entre yo y superyó. Su emergencia se da bajo dos condiciones. Una, como reacción frente a un peligro exterior, la otra como proceso interno tal como se presenta en la melancolía. A raíz de esto es que aparece la angustia de castración como el eje del peligro que el superyó representa para el yo.

Entonces si desde Freud se sabe que hay condiciones, en este caso condiciones exteriores como lo son el proceso de hospitalización, tal como la medicación, la igualación de las plaquetas, glóbulos rojos o blancos, tratamientos sean quimioterapéuticos o quirúrgicos, son procesos desgastantes y circunstancias que pueden lograr una desestabilización emocional en el paciente, pero también están las condicionantes internas, pues es lógico pensar que el albergar una enfermedad celular como lo es el cáncer, es una situación que logra poner en riesgo, el cuerpo y la imagen constituida de dicho sujeto.

Es decir, es lógico pensar que en las instituciones en donde se conjugan tanto las condicionantes externas como internas se puedan hablar de una desestabilización y por ende de angustia, puesto que debemos pensar en ese paciente como un individuo que tuvo su proceso de estructuración y que como cualquier otro sujeto no está exento de las perturbaciones que se juegan en todo el proceso que hemos visto y definido en las instituciones.

La angustia es el llamado de auxilio interno que desencadena en las funciones defensivas que se manejan al nivel psíquico de cada sujeto, defensas que como se verá luego, se presentarán a partir de que se instale un conflicto intrapsíquico, entre las pulsiones que problematicen al sujeto dentro del contexto hospitalario.

Importancia de la pulsión en el contexto hospitalario: pulsión de vida y pulsión de muerte. Ahondando en la teoría psicoanalítica, la cual es la base en la que se apoya el presente trabajo de investigación, es de vital importancia definir la dinámica que se

presenta en un contexto hospitalario a partir de las pulsiones, sean estas la pulsión de vida o de muerte, pero primero cabe dejar definido de qué se trata cuando se habla del término pulsión.

Pulsión desde la teoría Freudiana (Freud, Más Allá del Principio del Placer, 1920) se entiende como toda carga libidinal, ya sea en su reducción o en su aumento, que tienda a movilizar el deseo del sujeto; siendo de esta manera que las pulsiones de vida son el aumento de carga libidinal que movilice al sujeto a su conservación, es decir alimentarse, descansar, etc.

Todo lo que se entienda como un deseo de auto-conservación del organismo se traduce en la pulsión de vida; por otra parte, la pulsión de muerte es la reducción de las cargas libidinales, es decir es la baja en el deseo de auto-conservación, lo que empuja al sujeto a estados depresivos que trastoque o traume dicho deseo, llevándolo de esta manera a un estado *inanimado y pre-orgánico*. Es decir, se denomina pulsiones a las fuerzas derivadas de las tensiones somáticas en el ser humano, y las necesidades del ello; en este sentido las pulsiones se ubican entre el nivel somático y el nivel psíquico.

Resulta de suma importancia, entender que las pulsiones seguían una meta, que era el complacer al organismo, por ende se presentaban como hábitos o prácticas que se daban desde la infancia y se iban transfigurando a lo largo de la vida del sujeto, por lo tanto estaban sostenidas a las fases psico-sexuales propuestas por Freud (Tres Ensayos de una Teoría Sexual, 1905), las cuales son: fase oral, anal, fálica y genital; entre las fases fálica y la genital el autor en mención luego propondrá el complejo de castración y la fase de latencia, en la que se van dando las transfiguraciones de los objetos que producen o producían placer en el

sujeto.

Siendo de esta manera que un niño que haya tenido una pulsión oral privilegiada, haya encontrado un gusto placentero por su chupete o biberón, lo que en el camino de su desarrollo psicosexual se podía traducir más tarde como adicciones al tabaco o al alcohol, siempre buscando esa satisfacción primera que se fue perdiendo con los años; lo que fue más trabajado desde el enfoque Lacaniano.

Posteriormente Jacques Lacan (Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis, 2006) observa dos pulsiones más, a las ya propuestas anteriormente por Freud, tal cual las enuncia como: pulsión escópica, centrada en la mirada, relacionada primordialmente a lo imaginario, esta pulsión se configura a partir del estadio del espejo, cuando el sujeto posee la capacidad de percibir imágenes -y sobre todo- percibirse a *sí mismo* como una unidad. No confundir este sí mismo con el self de la psicología y psicoanálisis anglosajón. Es la base de la capacidad estética de cada sujeto.

La pulsión invocante, asociada al momento de suficiente desarrollo de las áreas cerebrales del lenguaje y de síntesis. Esta es la pulsión dirigida a la voz de palabra inteligible, de este modo el deseo del Otro llega al sujeto principalmente mediante el soporte de la voz. Por lo tanto, si se entiende que el sujeto, puede ser centro de deseos tanto conservadores como destructivos, puede verse que dicha dinámica libidinal se acentúa dentro de un contexto hospitalario, en donde se compromete lo primordial de dicha dinámica como lo es el organismo, el cuerpo, la imagen, toda la construcción corporal que ese sujeto, ahora llamado paciente estructuró.

Pero recordemos que dichas pulsiones también se presentan bajo el mismo contexto en el acompañante, ya que los lazos transferenciales en toda institución son básicos, no exceptuando al lazo que une al paciente con su acompañante, pues es bajo este lazo transferencial que se dan las interrelaciones, intercambios que siempre se están construyendo bajo la forma de decires, miradas, preocupaciones, llantos, etc.

Pues resulta inútil pensar que tanto el paciente internado como el acompañante no se vean afectados por dichas pulsiones, cuando lo que está en la palestra médica-psicológica, es lograr un bienestar tanto orgánico como psíquico, pero hemos de ir viendo que dicho bienestar se nota diferente en cada uno de los campos. Se debe tener presente que dentro de una institución hospitalaria podrían confluir pulsiones, deseos que pueden sostener al paciente a llegar a una mejora de su situación o que podrían afectar aún más su situación, produciendo un estancamiento en su posible mejora.

Bienestar: Clínico Hospitalario – Clínico Psicológico. Pasando entonces a hablar de lo que más importa e interesa en una institución hospitalaria, lo que se traduce en la meta de proporcionarle al paciente internado el bienestar, el cual está guiado hacia la calidad de vida que se le puede brindar a este individuo.

Recordando una vez más que dentro del contexto político y social actual ecuatoriano se están dando algunas reformas que persiguen los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir (2013), dicho esto entiéndase por bienestar, según la Real Academia de la Lengua Española (Edición 22.^a, 2001), la definición de bienestar está separado por tres distintas acepciones, las cuales están basadas en la unión de las palabras *bien* y *estar*, estas acepciones son: El

bienestar puede entenderse como un conjunto de las cosas necesarias para vivir bien. Puede estar guiado a tener o mantener una vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad, y se debe entender como un estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica.

Acogiendo la tercera definición, la cual está más enmarcada a la situación y la problemática investigada, el bienestar que se debe brindar en el contexto de la hospitalización debería estar siempre entendido entre la funcionabilidad somática y psíquica del organismo, o del paciente que se encuentra en calidad de internado o de su acompañante.

Logrando entender a la calidad de vida, en el aspecto psicológico, es que el ser humano se sienta bien, que pueda valerse por sí mismo, que sea capaz de comunicarse. Básicamente está dado por la aceptación y la relación. Cuando el ser humano sea capaz de ser autosuficiente, ser independiente y que se respeten sus decisiones mientras él lo acepte; entiéndase entonces que lo contrario a esta calidad de vida es el estar enfermo sin tener la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

Entendiendo esto cabe aclarar algunas diferencias a partir de la praxis desempeñada tanto por el médico como por el psicólogo clínico; y que se presentan más específicamente en el campo institucional hospitalario como lo es SOLCA. Definiendo a las funciones que desempeñan el departamento de psicología de dicha institución se logrará dar cuenta del objetivo primordial de la práctica del psicólogo clínico.

La praxis médica, aquella que está regida por el avance científico y que está guiada a dar soluciones de manera rápida y efectiva tiene como paradigma la investigación y el tratamiento que logre terminar con las dolencias físicas, somáticas del paciente que acude a su ayuda. Dicho avance rápido de la ciencia y la medicina crean nuevas demandas y síntomas, frente a las cuales el médico no tiene respuestas. Respuestas a las mismas preguntas creadas en el paciente por la ciencia traída por el médico. Sin embargo, el paciente no necesita respuestas tan solo del lado de lo médico, y es justamente este equipo médico y la vorágine de la vida diaria del hospital quienes traen estas interrogantes y efectos en el paciente.

El equipo médico trabajará en torno a la salud física del paciente. Sin embargo, habrá cuestiones y efectos frente a los cuales el médico no podrá atender, debido a que no posee las herramientas necesarias para soportarlo. Es aquí donde entra en juego el departamento de psicología, para poder atender y abordar aquellas cuestiones de lo real que aparece y retorna. El paciente es derivado, generalmente, por crisis de angustia causado por el difícil manejo del diagnóstico y pronóstico médico, negativas a seguir con el tratamiento o con la intervención quirúrgica, insomnio, sensación de encierro, anorexia, depresión, etc.

Habiendo tratado los antecedentes de la institución y del departamento de psicología, vale recalcar que el trabajo de titulación en curso se basa específicamente en las prácticas clínicas llevadas a cabo en el año lectivo 2013-2014. El departamento de psicología de SOLCA funciona en el primer piso de la institución. Se encuentra conformado por cuatro psicólogos; siendo que las prácticas clínicas, llevadas a cabo durante 10 meses bajo la supervisión del Psicólogo Clínico y Psicoanalista Antonio Aguirre, miembro del Departamento de Psicología de dicho hospital.

Durante el referido período lectivo, se atendió las áreas de quimioterapia clínica, cirugía, pediatría, emergencia y quimioterapia ambulatoria. Aunque la actual investigación se basa en los casos a presentarse en el tercer acápite, siendo estos casos de pacientes atendidos en las áreas de cirugía y oncología clínica. Se ofreció el servicio de psicología tanto a pacientes de SOLCA, como a sus acompañantes, llevando a cabo entrevistas con quienes aceptaban ser atendidos.

Las entrevistas fueron llevadas a cabo desde un punto de vista del psicoanálisis aplicado a la terapéutica, metodología que será tratada en temas posteriores. Se atendió individualmente a pacientes y acompañantes (familiares, amigos, entre otros), ya sea que hayan sido derivados al servicio de psicología por otro departamento de la institución o que hayan aceptado la oferta del servicio de los practicantes.

La institución cuenta con que (Hernández & Robles, 2013) la tarea del servicio de psicología de SOLCA sea reconocer e identificar las reacciones emocionales del paciente frente a su situación física y distinguirlas de las que son elaboradas a partir de un trastorno, ya sea médico, psiquiátrico o psicológico. Lo mencionado conlleva a que el tratamiento sea proporcionado oportunamente, no solo a los pacientes oncológicos, sino también a sus acompañantes.

El bienestar se ve bifurcado desde los distintos enfoques de tratamiento terapéutico que se puedan dar en una misma institución, siendo de esta manera que el bienestar médico está

precedido por la eficacia y eficiencia que se dan desde la metodología científicista en donde la meta es lograr responder a la problemática de la manera más acertada, y en el menor tiempo posible; mientras que dentro de lo que se entiende por bienestar psicológico, al menos en la práctica llevada en la institución de SOLCA se priorizaba el tiempo lógico, es decir ese tiempo del sujeto, que no se medía desde la cronología del tiempo expresado en un reloj, el tiempo en el que el paciente decida pronunciar su problemática aquella problemática que lo aquejaba y que no necesariamente tenía una incorporación inmediata a la situación de la enfermedad; dichas problemáticas que no solo podrían estar aquejando al paciente sino también en una relación directa al acompañante que desde su lazo transferencial puede verse angustiado por dicha situación.

Si bien es cierto que en una institución no es posible trabajar a partir de la clínica psicoanalítica; en el siguiente apartado se tratará de explicar y exponer las facilidades y/o dificultades que se tuvieron al trabajar con dicho encuadre en una institución hospitalaria.

Capítulo II

La clínica en la institución hospitalaria

Para empezar a elaborar sobre el trabajo realizado durante las prácticas clínicas llevadas a cabo en SOLCA, y el trabajo de titulación en desarrollo, se debe dejar planteada la metodología con la cual se manejará dentro del trabajo de investigación, así como posteriormente se definirá aún más el método utilizado por el dispositivo de atención psicológica dentro de la institución hospitalaria antes referida.

La metodología del trabajo de investigación estará marcada por el método clínico, puesto que se trabajará en el análisis de casos que se abordaron en la práctica pre profesional dentro del hospital Dr. Juan Tanca Marengo, SOLCA. Dicho análisis estará conceptualizado a partir de la teoría psicoanalítica, la cual será eje principal para el desarrollo del trabajo de investigación propuesto; es decir la investigación consistirá en la relación de las teorías psicoanalíticas estudiadas de diversos autores con los casos clínicos tratados en la institución hospitalaria; la técnica utilizada para el manejo de dicho método será la entrevista. Los casos se seleccionaron mediante muestreo no probabilístico, es decir, utilizando características cualitativas consideradas pertinentes para representar la importancia de la investigación en curso.

Acerca de la metodología que se sostuvo dentro de la práctica clínica se definirá la fundamentación del psicoanálisis aplicado a la terapéutica, tomando como base lo expuesto dentro de los trabajos antecedentes al trabajo de investigación propuesto. Tales como son la Tesis de Ericka Hernández y Andrea Robles (2013) y la de Karla Maldonado Briones (2010).

Vale recalcar que, como ya fue mencionado, no se realizó psicoanálisis debido al contexto físico y las características de esta institución donde se llevaron a cabo las prácticas y debido a que los practicantes no son psicoanalistas. Se trata de psicoanálisis aplicado a la terapéutica, ya que a pesar de estar dentro una institución, específicamente una institución hospitalaria, bajo el discurso médico que se transforma en el discurso del amo, se mantienen los componentes esenciales y bases de la teoría psicoanalítica: el semblante, la transferencia, el deseo y la escucha. Componentes que pueden traer consigo como consecuencia un efecto terapéutico, no desde el lado del bienestar, si no del alivio.

Sobre la oferta del servicio de psicología en SOLCA, Ericka Hernández y Andrea Robles (2013) dirán que

Se intenta conseguir que el paciente tenga un lugar en el que pueda hablar y donde se toman en cuenta sus dichos, de manera que exista la posibilidad de que el paciente se ubique en una posición más activa con respecto a su enfermedad, su pasado y su vida misma. (pág. 13).

De modo que se entiende que no se trata de hacer terapia dirigida a la rectificación, sino más bien apunta a la singularidad de cada sujeto. Máxime entonces indicar que el método terapéutico utilizado en SOLCA no atiende a las necesidades del paciente, si no que se

escucha lo que cada uno dice, sin entrelazar historias, dándole importancia a lo que se dice, con la meta de que por su cuenta pueda reconocer que hay algo más allá de la enfermedad por la cual se encuentra en la mencionada institución hospitalaria.

Es decir, de lo que se trata en dicho modelo terapéutico es de alcanzar como primera meta, el atravesamiento de la escena primaria, escena que está referida casi siempre a la enfermedad, puesto que consiguiendo dicha meta se alcanzará, medianamente, abrir ese espacio de singularidad que presente a este paciente o acompañante una dimensión subjetiva; es decir lo que atañe en el trabajo clínico ofrecido en la institución hospitalaria, SOLCA es de dejar que el paciente o acompañante desde un primer momento logre dialectizar sobre su situación, sobre lo que a él le corresponde hablar desde su posición de enfermo o cuidador. Por lo tanto, entiéndase a dicho dispositivo como una metodología que acoge su validez cuando se logra hacer que dicho paciente, sea el interno o el acompañante, consigan abrir su discurso en el que lleguen a un punto irreductible de goce.

Dentro de lo que respecta al trabajo de investigación de Karla Maldonado Briones (2010), refiere sobre el dispositivo manejado en SOLCA,

Los efectos psicoanalíticos no dependen del encuadre sino del discurso.

Es decir de la instalación de coordenadas simbólicas por parte de alguien que es analista.

La calidad de analista no depende de la colocación de la consulta ni de la naturaleza de la clientela sino más bien de la experiencia en la que él se ha comprometido. (p.8)

Por ende, se debe entender al dispositivo de atención en SOLCA como la aplicación del dispositivo de atención basado en el psicoanálisis aplicado a la terapéutica. No se habla de un psicoanálisis en el sentido estricto, ya que no necesariamente hay una demanda de análisis, y por ende, entrada en análisis por las características propias de la institución ya referida. Es decir, no se busca que haya un atravesamiento del fantasma, ni mucho menos una salida de análisis. Tal como se verá, de lo que se trata en dicho dispositivo, es de hacer que el paciente, enfermo o acompañante, logre tocar un punto de su discurso en el que ya no logren elaborar más, que haya un detenimiento de la palabra, que logre hacer que este paciente reformule su situación, pudiendo ubicar allí una posible demanda de análisis. El referido espacio de palabra puede llegar a ser terapéutico en el sentido de que alivia la angustia y moviliza el goce, aunque no necesariamente haya una “cura psicoanalítica”.

Es decir que los pacientes se coloquen frente a eso de lo cual ya no se puede decir más; pues de lo que se trata en dicho dispositivo es de que el paciente mediante esta trayectoria, mediante el traspaso de escenas y la abertura de su discurso, logre por lo menos dejar planteado o enunciado aquello de lo que él ya no logra decir más, de aquello que lo aqueja y de lo cual ya no logra ubicar una razón que consienta a que se sigan dando cabida a las resistencias, aquellas de las que pasaremos hablar luego, dentro de las funciones yóicas.

Trabajo psicológico con el paciente oncológico hospitalizado. Dentro de lo que respecta a los procesos de pre-diagnóstico, diagnóstico, tratamiento quimioterapéutico e intervenciones quirúrgicas en enfermedades neoplásicas se involucra directamente al paciente y por ende se da un trastocamiento, que este sufre en el cuerpo, pasando por varias fases subjetivas para enfrentar la enfermedad referida.

Dicho trastocamiento resalta la importancia de que dentro de la institución hospitalaria se le otorgue un lugar al paciente, para que este pueda enunciar las dificultades que conlleva todo este proceso. Por ende, dentro del departamento de psicología de SOLCA se ha logrado establecer un trabajo terapéutico que atienda este aspecto del paciente, un aspecto más allá de lo médico.

El trabajo realizado por los practicantes del año lectivo 2013 - 2014 se rigieron a los lineamientos teóricos y metodológicos predefinidos por el director de las prácticas y por las promociones anteriores de estudiantes, puesto que dicho dispositivo se ha venido afinando desde el 2005, año en el cual se abrió dicho espacio de práctica clínica; y que como ya se ha mencionado se rige bajo los fundamentos de la clínica psicoanalítica.

El anteriormente mencionado dispositivo se caracteriza por la oferta del servicio psicológico tanto a pacientes como acompañantes, lo cual abriría la vertiente del deseo para que se pueda establecer una mejor transferencia, determinada por el semblante representado por la presencia de ese Otro, quien posibilitará una mejora en el estado anímico del paciente o del acompañante.

Dicho dispositivo hace uso de la asociación libre, dado que la consigna preestablecida para dar inicio a la práctica clínica es establecer una entrevista abierta en la cual se logre que el paciente verbalice las cuestiones, dificultades, problemáticas, etc., que dieran lugar a la búsqueda de significantes dentro de su discurso. Significantes que se repitan dentro de

escenificaciones diferentes, o en esos que se localicen dificultades, tales como los trabajó Freud en su obra *Lo Inconsciente* (1915), lapsus, equívocos, sueños o estancamientos en su discurso.

A partir de dichas dificultades, en las entrevistas, se invitaba a que verbalicen un poco más acerca de aquello que en ese momento no se podía decir. Todo esto respetando el encuadre de los tiempos lógicos del sujeto. Una de las principales características del dispositivo era la dificultad para establecer una demanda de análisis, dando como resultado que no se pase de las entrevistas preliminares y por ende que no se dé un inicio de análisis, a pesar de que en muchos casos se tenía un seguimiento de su estado. Sin embargo, a pesar de que en ocasiones no se lograra entrar en análisis, en la mayoría de los casos estas entrevistas causaban efectos terapéuticos; precisando que dichos efectos terapéuticos no necesariamente estaban guiados al progreso anímico del paciente, puesto que en muchos de estos casos el paciente se desimplicaba de lo que en su discurso le atañe.

Por otra parte, se presenciaba que el simple hecho de prestar la escucha y de hacer semblanza lograba un efecto catártico el cual producía una cierta reducción de goce que lograba aliviar la queja presentada por el paciente. Pero para entender dichas desimplicaciones, o dichos efectos terapéuticos, se debe tocar inevitablemente el papel que juegan las funciones yóicas, defensas, en la dinámica que se establece entre el discurso del paciente y la escucha analítica, que desde ya habrá que definir a esta escucha como la escucha flotante de la que habla Freud (*Consejos al Médico en el Tratamiento Psicoanalítico*, 1912), en donde se enfatiza la importancia de sostener una escucha sobre el discurso del paciente sin privilegiar de manera particular algún elemento que este enuncie, logrando que de esta

manera se dé rienda a la propia actividad inconsciente de dicho paciente, por lo que se sostuvo dicha técnica tanto en el paciente hospitalizado como en el acompañante.

Es ineludible en este punto de la investigación tocar la importancia de dichas funciones yóicas, y como estas se relacionan con los momentos ansioginos del paciente, y para esto es necesario referir la diferenciación tópica que realiza Freud (Lo Inconsciente, 1915) sobre las instancias que conforman el mecanismo del aparato psíquico. Siendo así se dirá que el aparato psíquico está conformado por tres grandes registros o nosologías denominadas como *ello*, *yo* y *superyó*, dichas instancias forman la segunda y tal vez la más importante tópica Freudiana; entendiendo que la primera tópica del autor fue entender al aparato psíquico como niveles definidos como *consciente*, *preconsciente* e *inconsciente*. Y sobre cada uno de estos el autor señalará que el Ello es la parte más arcaica y primitiva del sujeto, cuyo propósito esta guiado a disminuir la tensión creada por las pulsiones; dichas pulsiones que como ya se vio están marcadas por los deseos de auto-conservación (pulsión de vida - eros) o deseos de auto-punición (pulsión de muerte - thanatos), y que están relacionadas con el hambre, lo sexual, la agresión y los impulsos irracionales, y por ende su curso se rige por la satisfacción de dichas pulsiones. Para Freud el ello representaba un núcleo que se presenta como la parte más inconsciente del sujeto.

Por otra parte, el autor definirá como el Superyó a esta instancia que contrarresta al ello, pues si bien este se encarga de las pulsiones y de la realización y satisfacción de estas, el súper yo por su parte se encarga de los mandatos, órdenes y normativas que un sujeto tiene que cumplir en la sociedad y/o cultura en la que se desarrolla, por esto es redefinida como *la consciencia moral*, puesto que dichas órdenes o normativas pueden traducirse como

pensamientos éticos y morales. Puesto que dicha instancia opera desde las normativas, se cree que esta en un nivel entre la inconsciencia y la consciencia en sí, lo que en otras palabras podría entenderse como el preconscious. Dicha instancia super yóica es una construcción cultural y social, por ende no está presente desde el nacimiento, a diferencia de lo que cree el autor del *ello*.

Finalmente, Freud definirá al Yo como esta instancia que se encuentra de *mediadora* entre el conflicto situado por los dos registros antes mencionados, es decir el Yo es el encargado de cumplir de la manera más realista posible, más moralmente aceptado, los deseos y pulsiones que el Ello demanda; es así como se logra mediar entre las normas superyóicas y las pulsiones del Ello.

A pesar de que se cree que el Yo es el registro que tiene más contacto con la consciencia, muchas de sus funciones están ligadas esencialmente a la inconsciencia, dichas funciones yóicas están marcadas por las acciones defensivas que este registro emplea para consolidar su tarea de mediador. Y de fallar dichas funciones se darán lo que el mismo autor, Freud, llamará manifestaciones del inconsciente, definidos en cuatro grandes tipos como lo son el chiste, los sueños, lapsus y equívocos, siendo este último del cual se pudo ver más en las prácticas clínicas.

Según Héctor Fiorini (Las Funciones Yóicas en el Proceso Terapéutico, 1987) las funciones yóicas pueden ser tomadas desde tres grandes grupos siendo de esta manera:

1. Funciones básicas, se refieren a las funciones que tienen que ver con la memoria, la

percepción, atención, pensamiento exploración y coordinación de la acción, este potencial de las funciones yóicas está “libre de conflictos” tal como lo trae el autor, aunque en determinadas ocasiones o circunstancias aumenta o disminuye su fiabilidad.

2. Funciones defensivas, son los medios que utiliza el Yo para reprimir las pulsiones y demandas del Ello, las cuales pueden entrar en conflicto con la realidad del sujeto, dichas funciones están determinadas a influir tanto en los afectos, impulsos o pulsiones así también como en los recuerdos, percepciones o pensamientos que representen dichas pulsiones que quieren ser reprimidas.
3. Funciones integradoras, sintéticas u organizadoras, están consideradas como aquellas que establecen y mantienen una coherencia y conexión entre las dos instancias anteriores.

La fuerza de estas funciones integradoras se pone a prueba particularmente cuando frente a cambios en la situación debe el sujeto reorganizar sus relaciones con el mundo, a través de una movilización selectiva de nuevas funciones de adaptación.
(Fiorini, p.119)

Concluyendo, dentro de esta tendencia a la cohesión, esta se encuentra permanentemente amenazada por todo aquello que tiende a disgregar al yo (ansiedades, vivencias traumáticas, exceso de culpa y demás situaciones externas o internas que puedan escindir al yo), circunstancias que pueden entenderse muy bien dentro del contexto hospitalario. Por ende, es de vital importancia entender a dichas funciones yóicas en intrínseca relación con las vivencias angustiantes y/o ansioginas que logra experimentar el paciente, sea aquel que está en calidad de hospitalizado o en calidad de acompañantes.

El acompañante en la institución hospitalaria: el sufrimiento de un otro. Las enfermedades neoplásicas traen consigo procesos y tratamientos largos y complicados, estos afectan no solo al paciente oncológico sino también a su acompañante, sea este un familiar o un amigo. Sin embargo, los efectos causados en el acompañante no son necesariamente físicos, si no emocionales, lo cual resalta la necesidad de que se lleve a cabo un trabajo terapéutico también con el acompañante siguiendo los lineamientos del dispositivo manejado en SOLCA.

El acompañante no se encuentra enfermo, ni está recibiendo los tratamientos del paciente; mas, ha recorrido junto a este todo el proceso, esto es el pre-diagnóstico, diagnóstico, tratamiento e intervenciones. De modo que ha evidenciado el sufrimiento que el paciente ha vivido dentro de todo lo que conlleva la hospitalización. De lo que se pudo apreciar, en la mayoría de los casos, dichos acompañantes reprimían sus necesidades. Lo que da cuenta de todas las dificultades, ya mencionadas, surgen por el encuadre institucional.

En algunos casos el paciente oncológico refería *estar bien*, mientras que el acompañante era quien aceptaba la oferta del servicio de psicología. Inicialmente el discurso era acerca de la enfermedad, sin embargo al continuar con las entrevistas ocurría el cambio de escena, refiriéndose mayormente a temas relacionados a las consecuencias que han surgido de cuidar al paciente.

Hay varios tipos de acompañantes, por ejemplo el que duerme con el paciente, el que pasa durante el día por horas y luego hace cambio de guardia, o el acompañante que pasa todo el

día y noche con el paciente. El referido acompañante se encuentra ahí para cumplir varias funciones, entre las que consta pagar cuentas, comprar medicinas, o ayudar al paciente cuando ha perdido autonomía física, ya sea por el debilitamiento que causa el tratamiento terapéutico, como los efectos de las intervenciones quirúrgicas.

Sin embargo, mientras el acompañante realiza estas actividades también siente miedo del porvenir, impotencia ante la enfermedad, e incertidumbre sobre el futuro de quien está acompañando. Es decir, él mismo vive situaciones que se encuentran más allá de la escena de la enfermedad, mas debe hacer un esfuerzo para sobrellevar sus situaciones emocionales, o de otra índole, para poder brindarle apoyo al paciente oncológico.

El acompañante tiene sus propias necesidades, preocupaciones y situaciones; así en el transcurso de las prácticas realizadas, se encontró varias características que se repetían en algunos de los casos. Dentro de ellas encontramos que unos cuantos acompañantes debían dejar de trabajar para poder atender al enfermo todo el día, o que se encontraban endeudados por los costes de los tratamientos, intervenciones, medicinas o por el hecho de haber dejado de trabajar, trayendo consigo preocupaciones de tipo financiero. Otras situaciones vividas por los acompañantes son cambios de funciones en el hogar, es decir, han tenido que delegar responsabilidades, así como también han encargado el cuidado de sus hijos a otra persona, dejando poco tiempo para su vida personal y por lo tanto a su vida familiar, descuidando también su propio estado de salud.

Se mencionó que los pacientes hospitalizados, ya sea por intervención quirúrgica o por

tratamientos de quimioterapia que requieren internamiento, se encontraban en salas generales. Estas contaban con un promedio de seis camas, cada una con una silla y un velador. Los pacientes debían compartir dicha silla y velador con su acompañante para ubicar sus pertenencias y para dormir en esa silla, así como también compartían el reducido espacio separado de los demás pacientes por cortinas de tela. Por sala se compartía un baño entre todos los pacientes y acompañantes. Esta distribución física trae consigo incomodidad para el acompañante quien debe dormir en esa silla, y falta de privacidad respecto a los demás pacientes y acompañantes.

Aquellos pacientes que necesitaban aislamiento eran derivados a habitaciones llamadas ambientes, donde se encontraban solo el paciente con su acompañante, contando con un baño privado, dándoles un poco más de privacidad y comodidad, ya que se contaba también con un sofá, en lugar de una silla, para que el acompañante pueda dormir. Sin embargo, era también común no encontrar acompañantes junto a los pacientes, debido a las actividades y funciones que debía cumplir dentro de la institución hospitalaria más allá de solo acompañar a quien cuida. Es decir, más específicamente, el cuidador podía estar comprando medicinas, buscando plasma, donadores de sangre o de plaquetas, pagando cuentas, retirando resultados de exámenes, entre otras actividades que como consecuencia traen tensiones físicas, emocionales y financieras.

En ocasiones, los médicos se dirigen solo al familiar o acompañante, o este lo prefiere así para que el enfermo no se entere de cualquier desmejora del su estado de salud. De este modo se alivia la tensión y preocupación de quien sufre la enfermedad neoplásica, aumentándola en el cuidador, quien debe reprimir sus emociones, sobreponiendo el bienestar emocional del

paciente.

Como se mencionó al inicio de este apartado, por lo general eran los acompañantes quienes aceptaban la oferta del trabajo de psicología, encontrando un espacio exclusivo para ellos en esta oferta, espacio de palabra donde se les indicaba que podían hablar de cualquier tema que quisieran más allá de lo médico. Un espacio apreciado ya que al ser ellos quienes cuidan al enfermo y, procuran su tranquilidad y lo reconfortan durante todo el proceso, la atención hacia el acompañante o cuidador queda relegada a un segundo plano. Aunque al inicio su discurso era acerca de la escena primaria de la enfermedad y sus preocupaciones derivadas de ella, era común que exista un cambio en el discurso y se dirija a escenas familiares, dando cuenta de sus propias necesidades y ansiedades, fuera del contexto de la enfermedad y de la institución.

Al no encontrarse enfermo el acompañante, la prioridad la tiene el paciente oncológico, relegando el bienestar del acompañante a un segundo plano. Esto se da por parte del equipo médico, y desde el acompañante mismo, quien en todo momento buscará apaciguar el dolor y la angustia de quien está cuidando. Sin embargo, este acompañante también sufre, ya sea por motivos externos al contexto hospitalario, como por ver sufrir las consecuencias del cáncer y su tratamiento en el paciente.

Los cuidadores tienen respuestas emocionales y preocupaciones distintas a las del paciente sobre el diagnóstico, los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento, entre otros. Por ejemplo, tienen miedo a la pérdida de quien están cuidando, dudas acerca de

la toma adecuada de decisiones sobre el tratamiento del paciente, miedo al futuro, temores de índole financiero, para mencionar algunas de las referidas por los acompañantes entrevistados en SOLCA. Por lo tanto es necesario un apoyo emocional también a ellos, tomándolo como un caso aparte, sin unir historias con la del paciente.

Durante el periodo de hospitalización del paciente es común que el acompañante descuide sus demás actividades cotidianas, de manera que se despreocupa de su estado de salud, mientras procura mantener un buen cuidado del paciente oncológico. Por dicho motivo, en el siguiente apartado se mencionará la importancia de que el cuidador del paciente tenga una buena calidad de vida mientras asiste al enfermo; es decir, el papel que juega la dinámica acompañante/paciente oncológico en la calidad de vida del enfermo.

Importancia de la dinámica en la relación paciente-acompañante. Como se ha venido revisando en los anteriores apartados de la investigación, se sabe que todo sujeto no se configura si no es a partir de la relación con otro semejante, y que dicho entramado transferencial se irá traduciendo a lo largo de la vida social que dicho sujeto vaya experimentando. Tal como lo trae Freud en su tratado *La Dinámica de la Transferencia* (1912), menciona que:

Las disposiciones congénitas y las influencias experimentadas por los sujetos en los años infantiles determinan en cada individuo, la modalidad especial de su vida erótica, fijando los fines de la misma, las condiciones que la persona habrá de exigir en ella y los impulsos que en ella habrá de satisfacer. (p.1648)

Siendo de este modo, que el vínculo transferencial generado dentro de la institución hospitalaria, ese vínculo íntimo que se mantiene entre el paciente hospitalizado y el acompañante, se caracteriza principalmente por la dependencia que se produce el uno del otro. Dependencia que se cree es solo por parte del paciente interno hacia el acompañante, pero que entendiendo la dialéctica que se juega en toda relación transferencial, se notará que en toda relación se crea una dinámica de dependencia que se da de manera bilateral.

Por ende, dicha relación dinámica que se mantiene entre el paciente y su acompañante, además de estar caracterizada por esa dependencia, que de manera general se preocupa por el bienestar y el cuidado del paciente que se encuentra hospitalizado y que es objeto de la investigación médica; también se logrará distinguir, esta relación transferencial, por el grado de confianza que se ha venido construyendo antes de alguna sospecha sobre la enfermedad oncológica. Así como, lo que se seguirá construyendo dentro de todo el proceso de hospitalización, entendiendo a este como aquel que va desde el pre-diagnóstico hasta la finalización del internamiento del paciente. De manera que, junto al enfermo generalmente se encuentre en calidad de acompañante a un familiar o amigo íntimo.

La importancia de esta relación transferencial está marcada por las caracterizaciones antes dadas, pero además, dicha relación de carácter dinámico, en su importancia también juega el carácter cambiante que se da en toda dinámica, se acentúa el signo de incertidumbre, la que se da también de manera bilateral, de un lado entendiendo este no saber sobre el mejoramiento o decaimiento de la enfermedad, mientras que del otro se juega este no saber qué hacer con esta persona que se encuentra en hospitalización.

Partiendo de esta otra característica, la dinámica, debe entenderse que más allá de la importancia del cuidado, del bienestar somático, de la dependencia física que tenga el uno del otro; se da una importancia que está en post del reconocimiento de ese sujeto que está siendo puesto en calidad de objeto, de interno hospitalizado, así como el reconocimiento de ese sujeto que está prestando su servicio de cuidador dentro de la institución hospitalaria.

Para lograr entender esta característica dinámica, de reconocimiento, es pertinente replantear dicha relación como aquella que se rige por las leyes del inconsciente, pues es una relación transferencial que se viene construyendo, deformando, reformulándose a través del desarrollo subjetivo de cada persona. Por ende, es aquí donde se crea ese carácter de incertidumbre, es decir esta no se hace presente o consciente sino cuando los albores de la enfermedad tienen lugar y se van manteniendo hasta que cese, ya sea por el alta de la enfermedad, o por la muerte del paciente hospitalizado. De esta manera, lo que se quiere lograr con esta relación dinámica sostenida por el paciente y su acompañante es el reconocimiento, es el no dejar de recordar que dicho paciente es parte de una entramada familiar y social. Es decir, lograr hacer que el mismo paciente, tanto como el acompañante, se ubiquen por fuera de la escena de la enfermedad así sea por mínimos ratos, objetivo que no muchas veces se logra y es aquí donde se ubica el campo de acción del psicólogo, recordándoles tanto al paciente como a su acompañante que existen dimensiones más allá de la enfermedad.

La presencia y apoyo de familiares y amigos de los pacientes con una enfermedad neoplásica es considerada como el sostén fundamental en la mejora de la calidad de vida del enfermo. Dicha presencia no solo ayuda a esta mejora, si no que mediante un estado

emocional estable la respuesta física del paciente, sus defensas y la respuesta al tratamiento pueden presentar una mejoría.

El cáncer trae consigo periodos cambiantes de negación, angustia, miedo a la muerte, sentimientos de impotencia, incertidumbre y confusión, que se darán una y otra vez en el transcurso de los tratamientos. La dinámica paciente acompañante, puede marcar una diferencia en la manera que se convive con la enfermedad y lo que ella conlleva. Debe ocurrir una aceptación de la enfermedad de parte del cuidador y del paciente, y la realización de que es una enfermedad tratable, y que existe la posibilidad de su curación. Así mismo, deben conocer la posibilidad de que el paciente muera a causa de la enfermedad o de su debilidad física frente al tratamiento.

Vale recalcar que el acompañante hace una diferencia en la calidad de vida y el bienestar del paciente, sin embargo el cuidado del paciente trae fatiga física y emocional en el acompañante. Por dicho motivo, se puede relacionar la calidad de vida del acompañante con la del paciente. De modo que, al tratar al acompañante y lograr una mejora en su calidad de vida se podría observar una mejora a beneficio del paciente oncológico.

Esta relación dinámica toma su grado de importancia cuando se sostiene que dentro de las instituciones, siendo en este estudio la asistencial hospitalaria, se da lugar a la presencia de momentos de angustia que como ha indicado, ocurren en su mayoría por este conflicto pulsional interno de cada sujeto.

La metodología expuesta sobre el dispositivo de atención en SOLCA, va a ser ejemplificada a través de las entrevistas realizadas en los casos trabajados durante las prácticas y que se presentarán en el siguiente apartado. A partir de estos, se podrá proponer una forma de abordaje clínico que entienda la importancia de la dinámica de la relación transferencial que se da entre el acompañante y el paciente hospitalizado.

Capítulo III

Análisis y Presentación de Propuestas de Intervención

Análisis de casos clínicos. Los casos que se tratarán en el presente tema pertenecen al trabajo realizado en las prácticas clínicas en el hospital de SOLCA por los autores del trabajo de titulación. Los referidos casos han sido seleccionados a partir de un muestreo no probabilístico, ya que poseen las características necesarias para dar ejemplo de lo propuesto. Los casos expuestos en su totalidad se los puede encontrar en la biblioteca de la facultad, así como también en la institución hospitalaria referida. Cabe mencionar que se encuentran redactados de forma distinta, puesto que son casos que se tomaron de los trabajos de informes de prácticas de los dos autores.

Dentro de los casos se podrá ejemplificar, los momentos de angustias, ansiedades, sintomáticos, que logra experimentar tanto el paciente hospitalizado con diagnóstico oncológico, así como también el familiar, amigo o cuidador a cargo de dicho paciente. Por normas éticas de la profesión se ha utilizado siglas para representar a los siguientes casos, puesto que se intenta tener reserva con la identidad de las personas involucradas, y que de esta manera la integridad de estas no se vaya a ver afectada.

A) Caso 1: R.P. Se realizan cuatro entrevistas con la paciente. En la primera entrevista dice estar “con depresión” y menciona “así es mi vida... triste, mi vida es triste”.

Su proceso médico empezó con tos, luego agua en los pulmones, y al hacerle un procedimiento descubren que tiene cáncer.

Tiene una hija de “28 días de parida”, y le “duele no estar ahí para ella”. “Tengo hermanos, tengo a mi hija, me duele que me llamen porque están lejos”. (Viven en el extranjero)

Dice “Soy hombre y mujer, en los oficios del hogar la mujer es todo. Mi mamá falleció hace 8 años... una madre es todo. Si no hay madre no hay nadie que te atienda”.

Al final de la entrevista dice “Ya no regrese. Ya le dije todo lo que tenía que decir”. Sin embargo continúa hablando sobre su hija, quien solo estudia, es hija soltera y viven del seguro y el bono.

La segunda entrevista solo menciona sentirse “más mejor” porque ha recibido quimio y se siente mejor. Añade “Que sea la voluntad de Dios, pero ya quiero irme.”

Para la tercera entrevista está “feliz” porque sus hermanos han venido del extranjero a visitarla y cuidarla, y menciona “Han estado para mí solita, estoy más tranquila porque están aquí para mí.”

En cada entrevista se la nota de mejor ánimo, menciona estar hinchada pero que los doctores ya la están tratando para eso. El relato se reduce y solo menciona ya sentirse mejor y desea que le consiga un libro de catecismo, haciendo énfasis el día que fue dada de alta “usted no me ha conseguido mi librito”.

La hermana de la paciente, quien está más tiempo con ella, menciona que R los cuidó y crió a todos los hermanos a raíz de la muerte de los padres al tener ellas 12 y 18 años.

Comentario:

La paciente repite constantemente el significante de ser “hombre y mujer” y lo relaciona con ser “madre para todos” y “una madre es TODO”.

Al inicio, estando sola, las entrevistas se llevaban a cabo con dificultad, sin embargo todo cambia cuando llegan sus hermanos. Su discurso y actitud, descritos por ella como “con depresión” y “mi vida es triste”, cambian a la llegada de sus hermanos del exterior y dice “estoy mejor porque están todos aquí para mí”.

Se encuentra una relación entre la frase de “una madre es TODO”, y el hecho de que haya criado a todos sus hermanos, a su hija adoptada y a la hija de la hermana, y que encuentre tranquilidad ya cuando todos se ocupan de ella y están “ahí para cuidarme”.

Se ubica una dificultad en la primera entrevista cuando dice que “ya no regrese”, pero inmediatamente cambia de escena y habla fuera del contexto médico, pero pasa a hablar sobre su hija.

Las entrevistas fluctúan entre abiertas y cerradas, en las que el discurso de la paciente también cambia.

B) Caso 2: S.M. Es la esposa de un paciente de quimioterapia clínica. Se la entrevista varias veces entre Junio y Diciembre, en varios ingresos del paciente, hasta que este fallece.

Dice “quiero *explotar* cuando mis hijas no se portan bien”, luego dice “mi hija es sencilla, yo la crié así. Si yo *exploto* voy en contra de lo que le enseñé”.

Comenta que el esposo tiene varias “mujeres”, una en Durán, una en Guayaquil, y una en Samborondón, pero “sigo con él hasta que se cure y hasta que mi hija se gradúe del colegio, porque una vez sano ya no quiero seguir con él”.

Menciona estar preocupada porque está hinchado, “pero no por su salud, si no por lo que dirían las hermanas cuando las llame a contar, porque son prepotentes y me van a reclamar por traerlo aquí. Debe ser lo que ellas dicen, o nada”.

Relata además, que el paciente tiene varias hijas en Guayaquil, sumada a la que tienen juntos, pero la única hija que no es de él (solo es de SM) es quien está pendiente del paciente. Dice que “cuando le mando la ropa de él a sus hijas, ellas las regresan manchadas, con huecos y dañadas. Ni siquiera les mando ropa mía, sólo la de su propio padre”.

Comenta que una de las “amantes” del paciente ha ido a visitarlo los fines de semana, pero que le ha dicho al guardia que no le permita la entrada.

Las siguientes visitas SM menciona querer hablar pero que “justo los doctores me han mandado a comprar algo a la farmacia”.

Cuando se reanudan las entrevistas cuenta que no la deja ejercer, que ella es mecánica pero que “él me arma relajo por trabajar, mi jefe tuvo que pedirme que me retire porque él (esposo) armó un escándalo afuera del taller. Dice que una mujer no debe trabajar fuera de casa, peor en un taller mecánico”.

Comenta que por sus maltratos ha perdido un bebé, por sus golpes, y que cada vez que tienen un problema por discusiones él “se va, pero siempre regresa”. Sin embargo varias veces comenta “cuando sea dado de alta yo ya no voy a estar con él”.

El paciente es dado de alta y reingresa después de varios meses, su estado de salud ha empeorado. Durante varias ocasiones se busca a SM, pero debido al delicado estado de salud del paciente ella se encuentra “comprando medicinas, pagando cuentas, o un poco apuradita”, pero que sin embargo “necesito hablar con usted, por favor regrese luego”.

Relata que ha tenido que “tragarse el orgullo” y dejar que “las otras mujeres” vayan a visitarlo en su hospitalización, pero que después de saber de la enfermedad del paciente “ellas lo han abandonado, creo que estaban con él por conveniencia, por el dinero”.

Al preguntarle por el dinero, menciona no tener mucho, pero que él se gastaba el dinero que ganaba trabajando como albañil en trago y con las otras mujeres, y a veces en casa no teníamos ni cómo comer”.

Varias veces comenta estar indignada, porque no puede ni siquiera ir a casa, porque “nadie viene a visitarlo, ni sus propias hijas, y la mía que sigue en el colegio quiere escaparse por venir, pero yo no la dejo porque quiero que termine bien el colegio, ella quiere ser policía”.

Así mismo, no se encontró a SM en la sala durante una semana. Cuando se la vuelve a encontrar menciona que los doctores le han dicho que el paciente no responde al tratamiento, que ya no hay nada que hacer, solo esperar.

En esta última entrevista menciona estar dolida, porque “él ya no sabe lo que sucede a mi alrededor, me dice llame a SM, no me da el corazón decirle que esa soy yo, salgo, me cambio de suéter, y regreso diciéndole que ya llegué” y que “aunque esté enojada con él por todo lo que ha hecho, por serme infiel, por los maltratos, yo sí lo voy a extrañar”.

Comenta por primera vez que “a pesar de todo, yo sí lo quiero. Sé que dije que saliendo de SOLCA yo ya no quería estar más con él, pero sí lo voy a extrañar”.

Relata además “antes yo vestía lujos, vivía en la sierra, no vestía ni peinaba como me veo ahora. Cargaba las uñas arregladas, siempre me maquillaba... hasta que *metí la pata con él* y cambié todas mis riquezas, todo el dinero, porque él me hacía feliz. Yo estaba casada, nos

vimos una vez en Bahía, y luego él me visitaba en mi ciudad todos los fines de semana, me llevaba flores, me decía cosas bonitas, me enamoré de él, y mi esposo se dio cuenta. Yo tenía dinero y vestía lujos pero no era feliz. Yo vine a vivir con él porque me hizo creer que seríamos felices juntos, pero él me engañó. Así como fue galán conmigo lo ha sido con más mujeres”.

Dice haber llamado a las hermanas y a las demás “mujeres” del paciente para que vayan a despedirse pero que nadie ha ido. Menciona además, que sabe que el paciente no vivirá mucho tiempo más, y “no sé qué haré una vez que salga de aquí. Tal vez empiece a trabajar en carros. Eso lo aprendí de mi marido en la Sierra, de mis hermanos, de mi papá.”

Culmina diciendo “entre mi hija y yo saldremos adelante”.

Comentario:

SM inicia el proceso de las entrevistas un tanto enojada hacia el paciente por haberse enterado de la existencia de “otras mujeres”, y hacia la familia del paciente por no hacerse presente durante la enfermedad. Sin embargo hacia el final de las entrevistas, cuando el estado de salud del paciente decae parece cambiar de parecer, y dice “a pesar de todo, yo sí lo quiero”.

En la última entrevista cuando SM menciona que el paciente no vivirá mucho tiempo más, muestra cierto remordimiento, y es en esta última entrevista que recién menciona que ella también le fue infiel a su esposo y que dejó “todos los lujos” que tenía por el paciente, por

pensar que con él sería feliz, pero que se equivocó. Repite varias veces el significante engañada, así como también es recurrente el tema de las infidelidades y la búsqueda fallida de su felicidad.

En su discurso se puede notar un cambio de actitud entre las primeras entrevistas y las finales, ya que al principio era un tipo de queja sobre el paciente y todo lo que le había causado, y al final con nostalgia relataba cómo lo dejó todo por él, pensando que encontraría la felicidad que los lujos no le daban.

Las entrevistas son abiertas, se le pide a la paciente que hable de lo que desee hablar, y no hay dificultad para el cambio de escenas y para hablar más allá de la enfermedad del paciente. Las dificultades se ubican respecto a su pasado, ya que fue en la última entrevista que menciona el tema de haber estado casada anteriormente y que ella también le fue infiel a su esposo.

C) Caso 3: C.S. Las entrevistas se dieron en el tercer ambiente del primer piso (cirugía clínica), el día 20 de Noviembre del presente año, la entrevista se dio a petición de la esposa del paciente, quien fuera su acompañante en la hospitalización, los motivos que dijo para que se dé la consulta fueron que su esposo se encontraba ansioso pues decía no poder dormir, en las noches lloraba y se ponía angustiado, y nervioso; explicó que ellos no son de Guayaquil, sino de Esmeraldas, desde donde tienen que viajar todos los meses para poder darles los tratamientos, pues él sufre de cáncer al colon y ahora le hicieron una operación para extraerle parte del colon *“dañado”* luego pasó a expresar *“mejor hable usted con él, yo aún soporto, él ya no...”*, todo esto sucedió en el pasillo del piso mencionado.

Se pasó entonces a hablar con el paciente el cual de entrada preguntó si podía hablar sobre sus algo que le tenía preocupado, por lo cual se le explicó de inmediato que siendo del servicio de psicología él podía hablar sobre cualquier asunto que quiera, o que sienta importante para comunicar, entonces el paciente pasó a relatar lo siguiente *“Doctor yo ya no sé qué hacer, no puedo dormir, pensando... que no voy a seguir bien después de que salga de aquí”*, se le cuestionó como así ese pensamiento, a lo que él siguió relatando, *“me he quedado sin trabajo, tengo ya mismo cincuenta años (comenzando a llorar), mi esposa está aquí conmigo, mi hija está afuera, no la dejan pasar porque no puede haber más de dos personas en uno de estos cuartos, y me siento mal, mal muy mal, no tenemos a donde ir aquí en Guayaquil mi hija y mi esposa duermen aquí en el hospital, nosotros no somos de aquí, y eso a mí como padre y esposo me hace ver que no he sido lo suficientemente fuerte para ellas, todo es al revés, yo debería estar cuidándolas, no ellas a mí, ¿si me entiende...?, es algo que no puedo soportar, eso me duele, no sé cómo lograré levantarme de esta, no sé si quiero tampoco, creo a veces que es mejor morir me dé una vez, mi esposa se puede conseguir*

alguien mejor, quizás... pero entonces... mi hija, siempre quise verla en su boda y entregarla, sentirme orgulloso de ella”, algo que se debe mencionar fue que durante todo este gran relato el paciente se encontraba angustiado y nervioso, su voz era fuerte (grito) mientras lloraba; luego de esto se le preguntó si había algo más que él quisiera agregar, a lo que dijo *“mi familia... son unos hipócritas ingratos, yo siempre fui el primero en estar en los momentos de dificultad, para mi hermano o mis primos o mis cuñados, y ahora estoy aquí solo con mi mujer y mi hija, y nadie viene, nadie llama, mi hermano lo hizo pero solo me dijo que lo sentía y que estaba preocupado pero que no podía venir, ¡ja hipócrita!, no es la primera ni tampoco será la última lo se... pero a pesar de todo yo seguiré siendo como soy, preocupado, aunque a mí me den la espalda, seré como Jesús dando la otra mejilla para que me sigan bofeteando, ellos al final serán juzgados, no yo... nunca seré como ellos, eso jamás...”* luego de esto se decidió cortar la sesión puesto que el paciente corto su relato, aunque seguía llorando, y preguntó si podía pasar la esposa.

La segunda entrevista, y última, se dio el día 22 del mismo mes, fue una entrevista corta, pues le habían dado el alta y le comunicaron que se podían retirar del hospital esa misma mañana, según explicó la esposa del paciente; el paciente dijo querer hablar, siendo más específico dijo lo siguiente *“quiero hablarle Doctor, de lo bien que me sentí ese día luego de hablar con usted”*, se le preguntó entonces cómo así, a lo que él contestó *“hablar de todo eso me hizo `desfogar` todo el coraje que sentía, todo el miedo; ese día y ayer disfruté mucho el poder dormir”, “no sé qué hizo pero de verdad me siento mucho mejor”*, su relato siguiendo diciendo que la noticia del alta le cayó muy bien a *“mi buen estado de hoy”* siguió expresando que estaba desde ya pensando que podía hacer para conseguir o tener un propio trabajo pues no iba a quedarse *“de brazos cruzados”*; con esto el paciente terminó su relato,

agradeciendo además reiteradamente la “*gran ayuda*” que se le brindó “*cuando más lo necesitaba*”; se le terminó comunicando que si en un posterior regreso él podía hacer uso del servicio psicológico en el consultorio que se encuentra en la planta baja del hospital.

Comentario:

Como vemos dentro de las dos entrevistas vemos dos cambios, muy dramáticos, sobre la situación del paciente, pues en la primera entrevista encontramos a una persona ansiosa, nerviosa, angustiada, que comenta varias situaciones que no necesariamente se relacionan con la enfermedad, podríamos decir en todo caso que es la situación de hospitalización las que hacen surgir dichas situaciones que tienen una carga significativa muy grande, pues recordemos que el paciente rompe en llanto, lo que nos da un signo de lo insoportable que se le muestran, al punto de no poder dormir pensando en estas; uno de los ejemplos más representativos de todo el relato del paciente podría ser cuando este habla y se refiere a su familia calificando los de “*hipócritas ingratos*” dicha frase se va especificando en cierto punto de su relato trayendo a su hermano del cual podemos ver que el discurso se separa de la enfermedad cuando éste expresa “*¡ja! ¡Hipócrita!, no es la primera ni será la última...*”, es decir el paciente trae dicha frase pues la retoma de alguna otra experiencia de insatisfacción con este hermano, pero que no necesariamente, al menos no sabemos, se llega a relacionar con la enfermedad; luego de todo esto en un segundo momento vemos a una persona totalmente tranquila, y que expresa sentirse bien desde ese día, agradece la labor psicológica, a pesar de no haber hecho ninguna intervención en ninguna de las entrevistas.

D) Caso 4: L. O. Se entrevista a la madre del paciente oncológico.

El ofrecimiento del servicio se dio con normalidad, haciendo le saber a la entrevistada que este sería un espacio de palabra para que ella pueda enunciar las preocupaciones o los temas que ella crea necesarios abordar dentro de las entrevistas las cuales tuvieron lugar en el ambiente 4 del tercer piso, a lo que ella comenzó dicha primera entrevista diciendo *“si verá por ahora la única preocupación que tengo es que no se cómo tratar a mi hijo”*, para lo cual se le trata de subrayar la palabra *tratar* a lo que ella responde *“si por que el ingreso aquí porque supuestamente tiene leucemia y yo no sé qué mismo tiene y no sé cómo tratarlo...”*, tratando de ahondar un poco más sobre este no saber cómo tratar al hijo, para poder saber a qué se refería con eso, se le pidió que relatara como fue que comenzó la enfermedad de su hijo, entonces ella comentó lo siguiente *“todo comenzó por una supuesta gripe que no se le quitaba, entonces le hicimos hacer exámenes en el hospital Vernaza, y de ahí le mandaron hacer exámenes a infectología y entonces me dijeron que tenía leucemia y le dieron el traslado para acá y aquí ya vamos a tener 2 semanas, primero en emergencia y en este piso tenemos 5 días... ya mismo una semana”*, de inmediato pasa a decir *“también estoy preocupada porque la gente me dice esto no tiene cura y las enfermeras me dicen que si se curan, me dicen que a veces los pacientes salen y vuelven a entrar y que ahí si ya no tiene cura”*, *“me preocupo por él, porque es el mayor y siempre dio a ver que es un niño bueno”*, entonces se interviene remarcándole esto de *“niño bueno”*, a lo que ella explica que después de él (el paciente), tiene un hijo menor de 14 años del cual se refiere como *“el más terrible”*, entonces se le pide que explique eso de ser el más terrible a lo que ella comenta *“si vera él mayor (señalando el ambiente) es tranquilo, el no anda detrás de las mujeres, en cambio el menor si, a él le hemos encontrado dos cartas, ese muchacho me ha dado varias*

preocupaciones” hace una pausa corta y termina la entrevista diciendo “aunque quien sabe, quien quita que este muchacho (el mayor) también tenga sus cosas calladas.”

Luego de esta primera entrevista la madre del paciente pasaba ocupada consiguiendo las medicinas, plaquetas y pasando los días lunes desde la mañana en su casa hasta la tarde, donde retornaba al cuidado de su hijo, se la buscaba para continuar con las entrevistas, pero por lo indicado no se encontraba en la habitación o en el hospital, por lo que se trató de entrevistar entonces al paciente. Así, se pudo tener una entrevista con el joven quien indicó desde el inicio estar un poco asustado por la enfermedad que tiene, o como él lo expreso “yo sé que SOLCA es un hospital para el cáncer, y sé que el cáncer no tiene una cura definida, el tratamiento que me dan es molesto y me hace sentir peor”. Se pasó a preguntarle un poco si había hablado con su madre sobre su estado, a lo que él contestó “no, mi madre... siento que está muy preocupada y no he querido decirle o preguntarle nada... solo paso durmiendo... es mejor no pensarlo”, entonces se le subrayó este no pensarlo, luego él indica “sí, pero es imposible porque si no lo pienso, termino soñándolo...”, se le pide entonces que relate un poco sobre lo que el sueña, a lo que él refiere que sueña con su enfermedad, sueña que la gente lo deja de lado solo por su enfermedad, que no le hace caso, que ya no les importa, indica “es como si me dejaran olvidado... peor que la muerte”; la sesión se corta puesto que la doctora tratante entró a la habitación para realizar el chequeo; luego de esa entrevista cuando se visitaba al paciente, si no estaba dormido, se le preguntaba si tenía alguna novedad que contar, simplemente se negaba.

Con la madre se pudo tener una segunda y última entrevista el 9 de septiembre del presente año, en donde pudo comunicar su tranquilidad puesto que podía ver que su hijo estaba

mejorando, pero indicó *“solo estamos por que hace unos días le dio fiebre y aun no le baja, entonces lo tienen en control por si acaso se le bajen las defensas y empeore”*, indica que aún no le han dicho nada sobre el alta, pero que no cree que demoren en decirle que se puedan ir, entonces comenta *“de ahí no hay ningún problema, solo tratando de aguantar todo este tiempo a pesar de que me esté enfermado.”* A partir de aquí se dan por terminadas las entrevistas, a pesar de que aún se hacía visitas para ver si surgía alguna situación que amerite seguimiento.

Comentario:

A partir de las entrevistas realizadas se pudo observar que en la entrevista con la madre del paciente se pasó de la escena actual de la enfermedad a una reducida escena familiar sobre su hijo menor, el significante que atraviesa las distintas escenas es la preocupación, ya que ella se siente preocupada por el estado de su hijo, así como por el comportamiento “terrible” de su hijo menor; lo cual implicó la acentuación de la frase “niño bueno”, lo que lograba hacer una diferenciación entre sus dos hijo. La única dificultad que se presentó fue a partir de la entrevista realizada al paciente, cuando expone que prefiere no preguntarle o decirle nada a su madre a pesar de que él esté asustado de su situación y de su enfermedad.

Se puede ver aquí que se presentan dos características para contrarrestar la angustia tanto del lado de la madre como de lado del paciente hospitalizado; por el lado de la madre se ve esta transformación del discurso, el cual pasa de la enfermedad del hijo a la escena de su otro hijo menor, la cual también la presenta como una situación problemática, pero con una carga pulsional menor, es decir a pesar de que la situación significante de terrible no logra salir por parte de la enfermedad del hijo mayor, sale a partir de describir el comportamiento rebelde del

hijo menor, teniendo la misma connotación de preocupante. Por parte del paciente hospitalizado, hijo mayor de la señora, este hace con su proceso de angustia una especie de secreto, es decir prefiere no mostrarse angustiado o asustado para no agravar la preocupación de su madre, pero se ve que la angustia persiste, no en su estado o comportamiento, dentro de los sueños que el paciente expresa y donde, cabe recalcar lo notorio del significante que trae, “es peor que la muerte” es decir vemos como la carga pulsional en este caso es transferida, ya no a un relato que cause menos angustia, sino a la elaboración onírica en el sueño donde el joven se ve marginado.

Recordemos que el pasaje de la libido, según el esquema freudiano del inconsciente, este se encuentra empujando a las huellas mnémicas que quedan registradas fuera del sistema de elaboración consciente, queriendo atravesar la barrera defensiva y sus vías para la salida pueden ser el sueño, los lapsus, actos fallidos.

Comentario a partir de los casos. Dentro de los cuatro casos expuestos se logra apreciar las problemáticas, sean estas quejas, momentos ansiógenos, momentos catárticos, que se producen dentro de las entrevistas realizadas a partir del discurso del paciente, sea este el enfermo oncológico o el acompañante. Se pone también en evidencia la relación que mantienen los involucrados en la referida dinámica dentro del proceso de hospitalización, dando lugar a que se desarrollen o se toquen temáticas que están por fuera de la circunstancia principal, que es la enfermedad neoplásica. Dando como resultado el relato de las incertidumbres que se viven dentro del entramado transferencial.

Por ende, si se observan los planteamientos de problemáticas que son traídas en la puesta discursiva del paciente a partir de una modificación o un cambio de escenografía, pero que se mantiene un significante que da sentido a la relación entre las dos problemáticas (es decir, el relato de las entrevistas y la enfermedad) que se presentan en un principio como indiferentes la una de la otra. Por lo tanto, se da ahí un indicio de que se ha pasado a tratar ya no con el paciente hospitalizado, si no con un sujeto, que se lo puede entender como el sujeto del inconsciente.

Se pone en evidencia también el efecto que tiene la presencia de otro en el paciente hospitalizado. Siendo el acompañante alguien importante imaginariamente, este trae consigo una estabilización en cuanto al desorden imaginario que es producido en ambos miembros de dicha relación por las vivencias que tienen que atravesar en el encuadre institucional hospitalario.

En las entrevistas se puede observar también que los efectos de la hospitalización repercuten en el acompañante, sobre todo cuando el diagnóstico del paciente se agrava al punto de referir la muerte, puesto que se crea un grado de incertidumbre que está marcado por el no saber qué hacer después de la muerte del paciente al que acompaña.

A partir de dicha ejemplificación casuística se tratará en lo posible proponer un tratamiento terapéutico que no deje a un lado al sujeto del inconsciente que queda por fuera del discurso del amo hospitalario. Así como también, un trabajo terapéutico que de importancia a la relación transferencial que mantiene el paciente con su acompañante, sin tener el prejuicio de

mezclar las historias que particularicen al individuo que se presenta como acompañante o al que se presenta como enfermo, es decir, a pesar de la circunstancia de la enfermedad que confluye en la historicidad de estos dos personajes se debe rescatar la particularidad de cada uno.

Trabajo terapéutico posible en la dinámica paciente-acompañante. En la institución hospitalaria la prioridad la tiene mayormente el enfermo. Los cuidados, el tratamiento, los estímulos que mejoren su ánimo van dirigidas a dicho enfermo. Sin embargo, no se debe olvidar que el paciente oncológico se encuentra acompañado por alguien, un acompañante que en la mayoría de los casos hace lo posible por procurar el bienestar de quien cuida, descuidando en ocasiones su propio bienestar.

Tanto el acompañante como el paciente han desarrollado, como ya se ha expuesto, un vínculo, transferencial, propio de quien cuida física y emocionalmente a otra persona. Esta situación, como ya fue mencionado, puede apaciguar el dolor y sufrimiento del enfermo de cáncer, sin embargo el acompañante tiene su propio sufrimiento y este puede aumentar al ver surgir los efectos de la enfermedad y reacciones secundarias hacia el tratamiento en la persona a quien cuida.

En varios casos se puede apreciar que mientras el paciente de cáncer se encuentra más sereno respecto a su enfermedad y a su porvenir, es el acompañante quien tiene más carga física y emocional por intentar lidiar con la enfermedad, sus propias inquietudes y procurar la calidad de vida y el bienestar físico y emocional del paciente. En otros casos puede crearse

una identificación mimética como impresión reactiva de parte del acompañante. Por lo indicado, es de igual importancia ofrecerle el servicio de psicología a los acompañantes, y no solo al paciente.

Es importante recalcar que en la dinámica de la relación paciente acompañante se debería desarrollar una dialéctica, para que de esa manera haya mayor comodidad, seguridad y confianza del uno en el otro. Puesto que al mantener una comunicación abierta se podría disminuir la tensión en la relación dinámica y en cada uno de los miembros involucrados dentro del proceso del tratamiento; así como también podría ser una gran técnica terapéutica, en tanto se de paso a la palabra, a que tanto el acompañante o el paciente oncológico logren dialectizar entre sí sus malestares, inquietudes, emociones, miedos, etc.

Poner en palabra los miedos y preocupaciones, o aun el hablar de temas ajenos a la enfermedad y al entorno hospitalario puede resultar catártico y aliviar tensiones, alejando sus pensamientos de la escena de la enfermedad. De esta manera, al darle espacio a la palabra, se le da lugar a la subjetividad de cada uno, que había sido puesta a un lado por las características propias de la institución hospitalaria y el discurso bajo el cual esta ópera, es por este motivo que se cree necesario la intervención por parte de quien funciona en el papel de psicólogo; una de las posibles intervenciones que se le pueden realizar al paciente y al acompañante es cuestionarles sobre lo que harían una vez terminada la hospitalización, lo cual podría resultar diferente en ambos casos, aunque compartan el hecho de que pudieran retomar una rutina diaria distinta a la que han vivido en el hospital.

El paciente podría concentrarse en su propia recuperación antes de reintegrarse a su rutina habitual o a su trabajo. Es posible que tanto el paciente como el acompañante vivan un desasosiego al no saber qué hacer al retomar sus funciones en el hogar, sus trabajos, o sus círculos familiares y sociales. Por dicho motivo se considera importante que cada uno se plantee a sí mismo lo que significaría para ellos el retorno al hogar.

En el caso del acompañante, este podría depender del factor de si el paciente muere o si sobrevive a la enfermedad. En ambas situaciones es factible hablar de la sensación de pérdida o de vacío al no tener a su lado a quien ha cuidado por un tiempo determinado y con quien ha desarrollado un vínculo transferencial. En caso de que el paciente muera esta pérdida vendrá de la mano del duelo y todo su proceso.

Tanto para los pacientes como para los acompañantes el entrar en la institución hospitalaria y enfrentarse a la enfermedad y sus tratamientos significaría estar fuera de su contexto habitual y es posible que desconozcan la terminología utilizada por los médicos y auxiliares a cargo de ellos, por lo tanto podría ser que la institución trastoque de entrada la estabilidad de la persona que inicia una hospitalización, siendo su único referente de estabilidad la persona quien le ofrece los cuidados.

Los acompañantes, por lo general, son personas relevantes imaginariamente y traen estabilidad imaginaria, lo cual buscan mediante artilugios, tales como el poner objetos personales y familiares en el velador del paciente. La mera presencia de ellos atenúa en muchos casos el peso del ambiente hostil. Se logra dar, en algunas ocasiones, una

reconstrucción imaginaria de contrapeso al desacomodo imaginario que se podría vivir al entrar a un lugar que muchas veces resulta ser desconocido y agresivo, como lo puede ser el ambiente de una institución hospitalaria como lo es SOLCA.

Agresividad y desconocimiento que se perciben también, en muchos casos, cuando se llega a experimentar la pérdida del paciente oncológico, es entonces donde, desde la perspectiva psicológica, se debe dar paso a la preparación para el duelo. Dentro de las labores del personal de psicología dentro de la institución hospitalaria, se entiende que el paso para el duelo se da cuando la situación sobre la enfermedad de dicho paciente hospitalizado empeora, es entonces donde el dispositivo de atención debe bifurcarse entre el paciente y su acompañante, sea familiar o persona cercana; es decir tratar de comenzar a lidiar entre la demanda de sanación que puede llegar por parte del cuidador, así como también de la resignación o depresión que puede llegar a experimentar el paciente en cuestión. Se puede decir que la labor del psicólogo en esos momentos de preparación para el duelo, consiste en hacerles saber tanto al paciente como a su acompañante, una manera de superar dicha situación a partir del saber morir, morir con dignidad, que se puede traducir en la aceptación de lo mortal del cuerpo.

Por ende, lo que se toca en un primer punto dentro del duelo es la angustia, que surge frente a ese real tan enérgico que es la enfermedad que trastoca no solo la salud del paciente, si no las funciones familiares, reacomodándolas, así como también la propia imagen del sujeto, esa imagen que se regía bajo el estatuto de lo que se considera saludable y que se desdibuja y pierde bajo los efectos de la referida enfermedad y sus tratamientos. Esta preparación resulta importante en ambos casos puesto que tanto el paciente como el

acompañante han vivido la misma situación, aunque de diferentes perspectivas, durante un largo lapso donde ha habido situaciones que han creado o fortalecido vínculos cercanos, en donde uno ha tenido que confiar plenamente en el otro. Aunque dentro de los objetivos de toda institución hospitalaria esta la prevención de dichas situaciones, como la muerte del paciente, esta debe ser integrada a partir de una práctica interdisciplinaria que logre responder tanto a la enfermedad del paciente, como a las demandas que este o su acompañante puedan tener sobre la mejora o decaimiento de la situación que a ellos refiere, como lo es la enfermedad oncológica.

Estrategias de tipo interdisciplinario que se llevan a cabo en el trabajo con el paciente con diagnóstico oncológico. Por lo mencionado en los temas trabajados, se sabe que la prioridad y los cuidados los tiene el enfermo, sin embargo, es de vital importancia la relación que mantiene el acompañante con el paciente oncológico, siendo este su sostén físico y emocional durante el tratamiento y las intervenciones. Sin embargo, se propone no relegar a este cuidador, ya que, como fue indicado, su estado emocional y su calidad de vida influyen en el bienestar y la calidad de vida del paciente oncológico. Otra propuesta es un acercamiento de tipo interdisciplinario que integre las ciencias médicas con el dispositivo de atención psicológica de la institución hospitalaria.

Es importante también la presencia de psicólogos en el área de cuidados paliativos, donde se les da asistencia o apoyo para mejorar su calidad de vida, de esta manera se les puede hacer un acompañamiento hasta su dada de alta o su muerte, de modo que tengan un mejor fin de vida, y los acompañantes una mejor preparación para el fallecimiento del paciente que se encuentran cuidando.

Si bien es cierto que existe la pregunta de si se puede llevar a cabo un trabajo terapéutico desde el marco teórico psicoanalítico con pacientes de enfermedades neoplásicas o terminales, la respuesta puede resultar un tanto ambigua. No se entra en un análisis propiamente dicho, ya que en ocasiones no hay una demanda de parte del que recibe el tratamiento psicológico, sin embargo sí ocurre un efecto en el orden de lo terapéutico.

Dándole al paciente un espacio de palabra se apacigua el sufrimiento de lo Real del síntoma, favoreciendo la construcción de un saber sobre la particularidad de la relación con el goce de cada uno de los pacientes del servicio de psicología.

Tratar de implementar un artilugio interdisciplinario se torna un tanto complicado debido a que mediante el psicoanálisis aplicado a la terapéutica, como fue mencionado anteriormente, se intenta acceder a ese sujeto del inconsciente que surge a través del discurso del paciente, mientras que el discurso del amo que impera en la institución hospitalaria este sujeto queda por fuera. Sin embargo mediante el dispositivo psicoanalítico que apunta a un efecto terapéutico, desarrollado y afinado por el departamento de psicología de SOLCA, intentará darle de vuelta al paciente la singularidad excluida por las características propias de una institución hospitalaria como lo es el referido hospital, características que causan efectos objetivantes en los pacientes.

Se trata de proponer un trabajo en conjunto con los médicos, quienes así como tienen por objetivo tratar y paliar las enfermedades neoplásicas, el nuestro sería el apuntar las

intervenciones hacia otra escena, fuera del contexto de la enfermedad, de manera que pueda por su cuenta construir una salida posible del lugar del Deseo del Otro. Lugar que asume, generalmente, un paciente de una enfermedad grave que afecta la autonomía, imagen de sí mismo, funciones familiares, entre otros efectos, al entrar al predominante discurso médico, tornado discurso del amo, de la institución hospitalaria.

De manera que el psicólogo deberá tratar también con los médicos, para lo cual es importante que se comuniquen constantemente y de esa manera entender de mejor forma la terminología médica para hacer posible la interacción de los acompañantes, pacientes y los miembros del equipo médico. Así como también se propone que el médico y demás miembros del equipo tratante sepan reconocer signos o señales de crisis de angustia, depresión, entre otras reacciones frente a la enfermedad y la inminencia de su muerte.

Sin embargo, así como se le devuelve el estatuto de sujeto al paciente, es importante hacerlo también con el acompañante de este, quien a pesar de tener reacciones y efectos diferentes, han pasado por la misma vivencia hospitalaria sin ser el enfermo. Por lo tanto, se recomienda que el equipo médico no deje a un lado al acompañante y mantenga una comunicación veraz y continua con este, así como también el equipo del departamento de psicología le devuelva el estatuto de sujeto al acompañante, manteniendo una interacción continua con este, ocupándose de sus propias necesidades y sus particularidades.

Sin importar el estado de salud del paciente, los principios de la práctica psicoanalítica, la función dentro de esta práctica clínica no debe variar: lo importante es darle un espacio de

palabra y el acompañamiento dirigido a mantener la mejor calidad de vida posible siguiendo los principios del marco teórico del dispositivo psicológico aplicado en SOLCA. El referido dispositivo de atención, acompañándolo de cuidados paliativos (los cuales son cuidados brindados para la mejora de la calidad de vida del paciente al final de su vida o para tratar los efectos secundarios del tratamiento de la enfermedad oncológica), procurarían comodidad y dignidad del sujeto que ha sufrido efectos por parte de la enfermedad o del tratamiento.

Estos cuidados paliativos incluyen medicinas y fármacos que alivien el dolor y los efectos secundarios, sin embargo no se limitan a esto. Al agregar un miembro del departamento psicológico también previenen y alivian el sufrimiento del paciente y quien se encuentre en calidad de acompañante, ya sea familiar o un amigo cercano.

Es decir, se pretende mantener la mejor calidad de vida para el paciente, mientras se acompaña a los miembros de la relación paciente-acompañante a un fin de vida digno trabajando en conjunto los aspectos médicos y psicológicos que acompañan el proceso de hospitalización oncológica. Aunque estos no se limitan a los enfermos terminales, sino también a aquellos que han sufrido efectos secundarios, y como ya fue mencionado, la respuesta física del paciente puede verse favorecida por el estado emocional estable del paciente y del acompañante.

Aunque el centro de atención sea el paciente, al proponer un acercamiento interdisciplinario que integre atenciones médicas y psicológicas que no se excluyan la una a la otra, es importante recalcar que no se deje a un lado al acompañante, para que de este modo se

consiga la mejor atención posible del paciente, ya que un buen estado en la calidad de vida del acompañante, asimismo como una evitación de su desgaste emocional y otros efectos psicológicos en este pueden influir en la calidad de vida de quien cuida.

La comunicación e interacción entre los médicos y el equipo de atención con los acompañantes y pacientes es clave para darles un sentido de seguridad dentro de todos los componentes que le son extraños. Existen casos en que los acompañantes prefieren que los miembros del equipo médico acudan primero a ellos a darles los por menores de la situación, para no afectar al paciente, sin embargo esto aumenta la tensión en el acompañante, y la comunicación deja de ser abierta y fluida entre esta dinámica.

Así como es importante la comunicación fluida entre paciente y acompañante, es igual de importante la comunicación entre ellos con los médicos, que sea directa y con palabras que los pacientes y acompañantes entiendan. Esto disminuiría el no saber de ambos miembros de la relación acompañante/paciente frente a la enfermedad que los aqueja y los términos médicos, posiblemente disminuyendo la tensión frente a este no saber.

Es aquí donde se abre otra tarea a considerar para el psicólogo clínico que se inserta en un encuadre institucional hospitalario, pues el conocimiento de terminologías médicas puede ser de gran ayuda cuando se trata de hacer que el paciente se deshaga o se movilice de su etiqueta de convaleciente, enfermo, incurable e incluso de desecho; es decir el psicólogo clínico debe acoplarse a las normativas y características de la institución en donde desempeña su práctica clínica, sin que esta se vea gravemente afectada, de manera que se pierda el objetivo de

trabajo con el paciente hospitalizado, así como también con el familiar, amigo, conocido o cuidador que está dando apoyo a dicho paciente. De manera que el psicólogo clínico con orientación psicoanalítica, que se desempeña dentro de una institución hospitalaria, no obvie la importancia de su inserción dentro de las normativas institucionales, sin dejar de lado los lineamientos de la práctica psicoanalítica, para que de esta forma se logre dar una atención sin prejuzgar el estado de salud de la persona; logrando así que se coordine un cuidado integral que se dé por parte del equipo médico y psicológico que pueda lograr tanto el progreso del bienestar clínico como efectos terapéuticos en la relación dinámica paciente-acompañante.

CONCLUSIONES

Es de esta manera que se ha logrado dar cuenta del cumplimiento de los objetivos propuestos, tales como el especificar características de la dinámica socio-familiar que se maneja dentro de una institución Hospitalaria; la observación y definición a través de las entrevistas, los cambios que hubiere en la dinámica paciente-acompañante; poder determinar los efectos que tiene la dinámica socio-familiar en el estado anímico y físico del paciente; identificar las causas más comunes por las que se presentan los episodios de angustia en las personas en calidad de acompañante, tales como lo son el gasto económico, la incertidumbre, el delegar funciones, etc.; así como también se relacionaron estas causas de angustia, observados en la práctica, a partir del aporte teórico de textos bibliográficos que se encuentran dentro del marco psicoanalítico; se ejemplificó las problemáticas concebidas dentro del trabajo de acompañamiento y los episodios de angustia que estos conllevan, a partir de casos tratados en la práctica realizada en la institución hospitalaria. Para de esta manera hacer un análisis integral sobre los efectos e incidencias del proceso de hospitalización en la dinámica de la relación acompañante – paciente con diagnóstico oncológico.

Se ha logrado dar cuenta que a partir de los relatos de los pacientes así como también de los acompañantes se dan manifestaciones que están en un nivel inconsciente para dicho paciente del servicio de psicología, tales como lapsus, equívocos, sueños; demostrando de esa manera un surgimiento del sujeto del inconsciente, aunque dentro del contexto de una institución hospitalaria. Ya que el ofrecimiento de un espacio de palabra tanto a pacientes

como acompañantes es la oportunidad de regresarles la condición de sujeto, condición que fue dejada a un lado por el estado físico presente el paciente oncológico, y que se intensifica a partir del discurso médico, discurso del amo, que se maneja en la institución hospitalaria, siendo así que se busca rescatar a partir de los relatos de quien acepta el servicio de psicología, al sujeto del inconsciente que surge detrás del cambio de escenas o de significantes que se repiten, y que denotan una marca de goce propia de ese sujeto.

Habiendo realizado el trabajo de investigación, se ha concluido que no sería factible o viable proponer un trabajo terapéutico que trate la dinámica en la relación paciente – acompañante en sí, sin embargo se cree necesario que el conocimiento de dicha relación podría pulir el dispositivo de trabajo en SOLCA que logre optimizar la calidad de vida del paciente psicológico. Entendiendo que una mejora en el estado anímico del paciente puede contribuir a una mejor respuesta física ante la enfermedad oncológica y el tratamiento, así como también el bienestar del acompañante podría influir en dicho mejoramiento. Ya que, como se ha logrado demostrar a partir de la casuística presentada, el dispositivo de atención psicológica en SOLCA permite un espacio de palabra guiado a disminuir los momentos ansióginos presentados tanto en pacientes como en sus acompañantes, así como también se logra dar cuenta de la relación que se maneja a partir de la dinámica referida, y como de esta se extraen las temáticas que están por fuera de la circunstancia principal, que es la enfermedad neoplásica. Dando como resultado el relato de las incertidumbres que se viven dentro del entramado transferencial.

A partir de la investigación se pudo responder a la hipótesis planteada en el presente trabajo, puesto que se ha logrado dar cuenta de que, a través del dispositivo de atención

psicológica que se maneja en SOLCA, el sujeto de la enunciación puede reconocer su verdadero malestar detrás de la enfermedad, a partir de las dificultades presentadas en su discurso y que se traducen en las manifestaciones inconscientes; también se ha logrado evidenciar la importancia de la atención psicológica al acompañante, puesto que si bien es cierto no sufre la enfermedad, este ha de necesitar, igualmente, una manera de sostenerse frente a las diversas formaciones sintomáticas o momentos ansióginos o angustiantes que pueden estar presentes en las instituciones hospitalarias. Logrando de esta manera la atención a dicha relación dinámica que se presenta entre estos dos personajes, siendo estos, el paciente oncológico y su acompañante.

RECOMENDACIONES

A continuación se desarrollaran recomendaciones a partir del trabajo de investigación realizado, así como también a partir de la experiencia obtenida en las prácticas clínica.

Es necesario que se realice una efectiva práctica clínica interdisciplinaria, en la cual se lleve a cabo un cuidado integral en la relación dinámica, de modo que se dé una mejora de la calidad de vida del paciente así como también su en el acompañante; la práctica interdisciplinaria permitirá, además, una valoración más completa sobre ciertas medidas a tomar en determinadas enfermedades, en este caso las distintas variantes de la enfermedad neoplásicas.

Se considera pertinente que los psicólogos quienes forman parte del departamento de psicología de una institución hospitalaria, se familiaricen con la terminología médica, de manera que conozcan los efectos de la enfermedad y el tratamiento, sin dejar de lado los lineamientos conceptuales de su práctica clínica. Del mismo modo que se recomienda que el equipo médico reciba los conocimientos para poder reconocer los signos que indiquen que un paciente, o su acompañante, pueda necesitar tratamiento psicológico.

Máxime, además, que el paciente de psicología, ya sea este acompañante o paciente oncológico, cuente con un espacio en el cual pueda expresar libremente sus emociones, sin prejuicios, y que no sientan culpa de tratar tópicos que se encuentren por fuera de la escena

primaria de la enfermedad. Puesto que al expresar dichas emociones, que se podrían traducir en llantos, gritos, preocupaciones o nerviosismo, se está dando movilidad a la cadena discursiva, y por ende a las pulsiones, deseos, posición respecto al goce, conllevando de esta manera un tratamiento para todo aquello que en el paciente causa angustia o malestar y que podría causar un agravamiento de la enfermedad oncológica.

BIBLIOGRAFÍA

- Baptista, P., Fernández, C., & Hernández, R. (2004). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGraw-Hill.
- Desarrollo, S. N. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Objetivos del Buen Vivir - Senplades: Recuperado de <http://plan.senplades.gob.ec/inicio;jsessionid=DFE24A50DEFFF3A392F732D188F6D101.nodeaplan>
- Díaz, I., Velásquez, D., Rodríguez, K., Ortiz, Y., Jerez, J., Buitrago, L., & Moreno, Y. (Enero-Diciembre de 2010). *Dialnet. Afrontamiento Frente a la Enfermedad en Pacientes Oncológicos*. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3717314>
- Doltó, F. (2005). *La Dificultad de Vivir. Familia y Sentimientos (Vol.1)*. España: Gedisa.
- Dorland, W. (1983). *Diccionario de Ciencias Médicas*. Barcelona: El Ateneo.
- Fiorini, H. (1987). *Las Funciones Yóicas en el Proceso Terapéutico. Teoría y Técnica en Psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. (1905). *Las Teorías Sexuales Infantiles. Tres Ensayos de una Teoría Sexual*. Buenos Aires: Argentina.
- Freud, S. (1912). *Consejos al Médico en el Tratamiento Psicoanalítico. Obras Completas Vol. 12*. Buenos Aires - Madrid: Amorrortu.
- Freud, S. (1912). *La Dinámica de la Transferencia. En Obras Completas. Tomo 2* (pág. 1648). Caracas: El Ateneo.
- Freud, S. (1915). *Lo Inconsciente. Obras Completas Vol. 17* Buenos Aires - Madrid: Amorrortu.

Freud, S. (1920). *Más Allá del Principio del Placer. Obras Completas Vol 18*. Buenos Aires y Madrid: Amorrortu.

Freud, S. (1975). *Inhibición, Síntoma y Angustia. Obras Completas Vol. 20*. Mexico: Amorrortu.

Gallo, H. (Mayo de 2006). *Violencia y Agresividad. Bitácora Lacaniana. El Psicoanálisis Hoy. Revista de la Nueva Escuela Lacaniana*: Recuperado de <http://www.nel-amp.com/bl/bl01/TEXTOS/CIUDADES/H.%20GALLO-%20Violencia%20y%20agresividad.pdf>

Goya, A. (Febrero de 2006). *El Espectro de Muerte Sobre el Sujeto. Virtualia*: Recuperado de <http://virtualia.eol.org.ar/014/default.asp?dossier/goya.html>

Hernández, E., & Robles, A. (2013). *Fundamentos Teóricos Técnicos de un Dispositivo de Atención de Psicoanálisis Aplicado a la Terapéutica en SOLCA*. Guayaquil: Trabajo de Graduación Previo a la Obtención de Título de Psicólogo Clínico.

Kaes, R., Bleger, J., Enríquez, E., Fustier, P., Fornari, F., Roussillon, R., & Vidal, J.-P. (1989). *La Institución y las Instituciones. Estudios Psicoanalíticos*. Barcelona: Paidós.

Lacan, J. (1938). *La Institución Familiar. La Familia. Otros Escritos*. Buenos Aires: Argonauta.

Lacan, J. (1938). *Los Complejos Familiares en el Sujeto. La Familia. Otros Escritos*. Buenos Aires: Argonauta.

Lacan, J. (1958). *Seminario V: Las formaciones del inconsciente. Clase X: Los Tres Tiempos del Edipo*. Barcelona: Paidós.

Lacan, J. (1968). *Seminario XVI: De un Otro al otro*. Barcelona: Paidós.

Lacan, J. (1988). *Dos Notas Sobre el Niño. Intervenciones y Textos 2*. Argentina: Manantial.

Lacan, J. (1992). *Seminario XVII: El Reverso del Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.

Lacan, J. (1994). *Seminario IV: La Relación de Objeto*. Argentina: Paidós.

Lacan, J. (2006). *Seminario X: La Angustia. El Seminario*. Argentina: Paidós.

Lacan, J. (2006). *Seminario XI: Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*. Argentina: Paidós.

Lacan, J. (2013). *Violencia en Psicoanálisis. Escritos I*. España: Siglo Veintiuno.

Marquis, A. (2013). *Centro de Psicología Clínica, Laboral y Forense. El Psicoanálisis en Oncología y Cuidados Paliativos*: Recuperado de http://www.cpcb.com.ar/psicoanalisis_psico-oncologia_cuidados_paliativos.html

Mucci, M., & Benaim, D. (2009). *Psicología y Salud. Calidoscopio de Prácticas Diversas. Psicodebate 6. Psicología, Cultura y Sociedad*.: Recuperado de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico6/6Psico%2009.pdf>

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española, Edición 22ª*. Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=bienestar>

Roudinesco, E. (2002). *La Familia en Desorden*. España: Anagrama.

Ruiz, M., & Coca, M. C. (2008). *El Pacto de Silencio en los Familiares de los Pacientes Oncológicos Terminales. Psicooncología*.: Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130053A>

Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador. (2011). *Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo*. Recuperado de <http://www.solca.med.ec/>