



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**La subjetividad de pacientes hospitalizados frente a la pérdida de
autonomía.**

AUTORA:

Monreal Zúñiga, Natalia Jesús

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

TUTOR:

Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco

**Guayaquil, Ecuador
18 de febrero del 2026**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Monreal Zúñiga, Natalia Jesús**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTOR

0916724289
RODOLFO FRANCISCO
ROJAS BETANCOURT

Firmado digitalmente por
0916724289 RODOLFO
FRANCISCO ROJAS BETANCOURT
Fecha: 2026.02.19 12:26:01
-05'00'

f. _____
Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes

Guayaquil, a los 18 del mes de febrero del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Monreal Zúñiga, Natalia Jesús**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **La subjetividad de pacientes hospitalizados frente a la pérdida de autonomía**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 18 del mes de febrero del año 2026

EL AUTOR

f. _____
Monreal Zúñiga, Natalia Jesús



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Monreal Zúñiga, Natalia Jesús**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **La subjetividad de pacientes hospitalizados frente a la pérdida de autonomía**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 18 del mes de febrero del año 2026.

EL AUTOR:

f. _____
Monreal Zúñiga, Natalia Jesús



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO

TÍTULO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:
La subjetividad de pacientes hospitalizados frente a la pérdida de autonomía.

AUTOR:

Monreal Zúñiga, Natalia Jesús

INFORME ELABORADO POR: TUTOR

0916724289
RODOLFO FRANCISCO
ROJAS BETANCOURT

Firmado digitalmente por
0916724289 RODOLFO
FRANCISCO ROJAS BETANCOURT
Fecha: 2026.02.19 12:26:01
-05'00"

f. _____
Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco
Guayaquil, a los 18 del mes de febrero del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primeramente a Dios por permitirme llegar hasta esta instancia, por acompañarme durante tantos años, entregándome las herramientas para ser mejor cada día.

A mi novio José Quezada, que con su gran paciencia estuvo para mí apoyándome a la distancia y alentándome a no desistir. Gracias por ser mi inspiración de perseverancia. Te amo.

A Roxana Zúñiga, mi mamá. Por siempre estar para mí, apoyándome cada vez que la necesité y por ser una mujer ejemplar de superación.

A cada profesor que hizo que amara cada vez más esta carrera; aquellos que sin duda les encanta enseñar y compartir su saber. Gracias por ser un modelo a seguir y por compartir sus conocimientos con tanto amor.

Y por último, gracias a todos mis futuros colegas, que ejercen con pasión. Estoy segura que, gracias a ustedes, el mundo es un poco mejor.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a la Natalia de 6 años que amaba ayudar a las personas, a la Natalia de 15 años que aprendió a escuchar el malestar del resto, a la Natalia de 20 años que se atrevió a cruzar fronteras con tal de estudiar lo que amaba.

Me dedico este trabajo por aprender a habitar la incertidumbre en mí y por construir una voz como profesional.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
PSIC. CLIN. FRANCISCO MARTINEZ Z, MGS.
REPRESENTANTE DE DIRECCIÓN DE CARRERA

f. _____
PSIC. CLIN. GINGER RUIZ G, MGS.
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____
PSIC. CLIN. ROSA IRENE GÓMEZ A, MGS
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

Resumen	XI
Abstract	XII
Introducción	2
Planteamiento del problema	4
Preguntas de la investigación	6
<i>Pregunta General</i>	<i>6</i>
<i>Preguntas Específicas</i>	<i>6</i>
Objetivos de la Investigación	6
<i>Objetivo General</i>	<i>6</i>
<i>Objetivos Específicos</i>	<i>7</i>
Justificación	7
Antecedentes	10
Capítulo 1: La construcción de la subjetividad	15
Noción de autonomía en la sociedad:	15
<i>La constitución del sujeto desde el Otro</i>	<i>18</i>
<i>La cadena de significantes</i>	<i>20</i>
<i>El fantasma</i>	<i>21</i>
<i>La autonomía como respuesta de un vínculo primario</i>	<i>22</i>
<i>Lo que entendemos por subjetividad en este trabajo</i>	<i>24</i>
Capítulo 2: El cuerpo enfermo y su imagen: pérdida de autonomía y dependencia	25
El cuerpo enfermo y la imagen corporal	25
<i>La distinción teórica: Esquema vs. Imagen</i>	<i>26</i>
<i>La lógica del hospital: ¿Qué es la "Independencia"?</i>	<i>26</i>
<i>El "falso éxito": Moverse no es lo mismo que ser autónomo.</i>	<i>27</i>
Capítulo 3: El sujeto frente a la pérdida, el dolor y la pasividad	29
El desencadenamiento por la pérdida de la autonomía	29
El vacío y la pasividad ante la enfermedad	30
El trauma y la subjetividad en la enfermedad	33
Capítulo 4: La posibilidad de una escucha en el contexto hospitalario	35
La escucha y la posición del analista	35
La transferencia en el espacio hospitalario	37
El lugar del Otro y la palabra del sujeto	40
Capítulo 5: Metodología	42
Enfoque	42
Paradigma	42
Método	43
Técnicas e instrumentos	44

Población y muestra	45
Capítulo 6: Presentación y Análisis de Resultados	46
Caso M.C	46
Caso I.C	48
Análisis del Estudio de Casos	49
Conclusiones	51
Referencias	54
Anexos	59
<i>Caso I.C</i>	<i>61</i>

Resumen

El presente trabajo de investigación abordó la subjetividad frente a la pérdida de autonomía en pacientes hospitalizados en el área de Neurología y Oncología en un hospital de Guayaquil. La importancia del trabajo se estableció en la urgencia de observar las diferencias entre los protocolos institucionales, centrados en la recuperación biológica, y por otro lado, la dimensión subjetiva de los pacientes; muchas veces silenciada por la urgencia del hospital. El objetivo general fue comprender las respuestas subjetivas frente a la pérdida de autonomía, haciendo una diferenciación de una limitación física. En relación a la metodología, se optó un enfoque cualitativo bajo un paradigma interpretativo y un método descriptivo, para los instrumentos se usó el análisis bibliográfico y la casuística a través de estudios de casos (M.C e I.C). Como resultados se pudo apreciar una distinción significativa sobre lo que era la independencia funcional (poder comer solo, moverse sin ayuda) y la autonomía subjetiva (sobre lo que el paciente siente tener el control). Dentro de los estudios, se pudo evidenciar que recuperar la función motora no es lo mismo que recuperar la identidad perdida. Finalmente, se concluyó que la intervención psicoanalítica ayudó a alojar la singularidad del sufrimiento del paciente, permitiendo así la reconstrucción subjetiva, más allá de las consecuencias físicas.

Palabras claves: Hospitalización; Autonomía; Transferencia; Cuerpo; Subjetividad; Discurso Médico.

Abstract

This research addressed the subjective experience of loss of autonomy in hospitalized patients in the Neurology and Oncology departments of a hospital in Guayaquil. The importance of this work lies in the urgent need to observe the differences between institutional protocols, focused on biological recovery, and the subjective dimension of patients, often silenced by the urgency of the hospital setting. The overall objective was to understand subjective responses to the loss of autonomy, differentiating it from a physical limitation. Regarding methodology, a qualitative approach was chosen under an interpretive paradigm and a descriptive method. The instruments used included bibliographic analysis and case studies (M.C. and I.C.). The results revealed a significant distinction between functional independence (being able to eat alone, move without assistance) and subjective autonomy (the patient's sense of control). The studies demonstrated that recovering motor function is not the same as recovering lost identity. Finally, it was concluded that the psychoanalytic intervention helped to accommodate the uniqueness of the patient's suffering, thus allowing for subjective reconstruction, beyond the physical consequences.

Keywords: Hospitalization; Autonomy; Transference; Body; Subjectivity; Medical Discourse

Introducción

La hospitalización constituye un evento radical en la vida de cualquier sujeto. Al cruzar las puertas de un hospital, la persona no solo se enfrenta a la crisis biológica por la cual será ingresada, sino a una suspensión de su cotidianidad y a una modificación profunda de aquello que lo identifica. En el contexto hospitalario, el cuerpo enfermo se convierte en el centro de atención y objeto de intervención, aunque paradójicamente el sujeto que lo habita corre el riesgo de quedar desplazado.

Lacan (1964) menciona que el sujeto se constituye en el campo del Otro: “Sobre esto hice hincapié la vez pasada cuando les dije que lo que debe hacer como hombre o como mujer, el ser humano lo tiene que aprender por entero del Otro (p. 212), pero cuando el discurso es absoluto, cómo lo es el discurso médico; el sujeto puede sufrir un “desvanecimiento” o *afanisis*: “El temor de ver desaparecer el deseo...Debe situarse de manera más radical, donde el sujeto se manifiesta en ese movimiento de desaparición” (p. 215). Es así como el paciente pierde su deseo como sujeto y se transforma en una historia clínica o una patología por resolver.

Esta problemática se hace más relevante en el área de Neurología y Oncología, donde la gravedad de los casos muchas veces obliga a que los pacientes se queden en el hospital por tiempo prolongado, llevándolos a una dependencia absoluta, así Falcón (2025) menciona que: “las principales causas de la estancia prolongada están relacionadas con las condiciones clínicas de los pacientes, como la gravedad de su estado y la necesidad de tratamiento extenso” (p. 1) ya que el paciente se enfrenta a un acontecimiento en donde su tiempo es apartado, todo esto se presenta como Falcón (2025) lo nombra: “problema multidimensional” (p.1)

Y a esto se suma la vulneración de la privacidad señalada por Amorós Cerdá et al. (2008), mencionan que los pacientes: “se sienten débiles, menospreciados por el personal sanitario” (p. 199) Y que entorno a la higiene los pacientes mencionan: “Estaba allí como un monigote quieta, te lo hacían todo...y tu no podías comportarte como una persona” (p. 199). Con esto se destaca como la institución expone de una manera constante el cuerpo del paciente, en donde se disminuye su intimidad y se refuerza la posición de objeto en él.

En base a esto nacen cuestionamientos, tales como: ¿desde qué momento nacen estas representaciones del inconsciente en el sujeto y desde cuando llega a sentir “perder la autonomía”?, ¿es algo primario o se genera únicamente en el momento de la hospitalización? o ¿cómo el cuerpo se ve afectado en estas respuestas subjetivas?. Con todas estas preguntas se crea la necesidad de entender al sujeto en cuestión, y explorar cómo es vivido este proceso.

En este sentido, el presente trabajo tiene como objetivo central comprender e indagar en la subjetividad del paciente ante la pérdida de autonomía. No siendo sólo una restricción física, sino cómo el sujeto elabora este suceso; cómo se posiciona y cuáles son los efectos que surgen cuando las decisiones quedan a merced del Otro institucional. Para explorar de mejor manera esta dimensión, se utilizarán postulados freudianos y lacanianos, también autores contemporáneos. Por otro lado, se presentarán dos estudios de casos elaborados a partir de las prácticas preprofesionales realizadas en un hospital de Guayaquil.

El dominio institucional que guarda correspondencia en este trabajo es el Dominio 5: Educación, comunicación, arte y subjetividad de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil (s.f), menciona:

Este dominio tiene un concepto articulador que se convierte en eje configurador de los sistemas conceptuales de las disciplinas científicas que están involucradas en su objeto de estudio y es la subjetividad. Entendemos la subjetividad como el proceso de construcción de sentido a lo largo de la vida, que involucra el aprendizaje, la cultura y la comunicación. (párr.

2)

Esto hace referencia a cómo la subjetividad funciona como un nexo en común entre cada corriente de psicología. Aunque cada corriente posee sus objetivos teóricos propios, la subjetividad actúa como un elemento que atraviesa toda perspectiva teórica. Es decir, el sujeto y su manera de vivir es un punto de convergencia esencial en el pensamiento contemporáneo.

En relación al eje del Plan de Creación de Oportunidades de la Secretaría Nacional de Planificación (2021) sostiene que:

Como nación existe la necesidad de concebir a la salud como un derecho humano y abordarlo de manera integral enfatizando los vínculos entre lo físico y lo psicosocial, lo urbano con lo rural, en definitiva, el derecho a vivir en un ambiente sano que promueva el goce de todas las capacidades del individuo. (p. 66)

Bajo este sentido, la presente investigación se guía en torno al Eje Social junto al Objetivo 6 llamado: *Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad*. Dentro de sus Políticas se encuentra el punto 6.5 que refiere a: “Modernizar el sistema de salud pública para garantizar servicios de calidad con eficacia y transparencia” (p. 66).

Por consiguiente, esta investigación se centra en problematizar la tensión existente entre las coordenadas médicas y la dimensión subjetiva del paciente. Se busca analizar de qué manera el paciente es capturado por el discurso médico y en qué medida el sistema hospitalario permite la escucha de su discurso en relación al malestar.

Planteamiento del problema

La atención en el ámbito hospitalario se enfrenta a menudo a una disputa entre los ideales teóricos de una intervención integral y los ideales institucionales que terminan silenciando la experiencia subjetiva del paciente. López F. & Iriando V. (2019) menciona que todo abordaje sanitario debe partir de: “una consideración bio-psico-social del paciente ingresado o enfermo, que incluye las características particulares del contexto y las diferentes dinámicas que forman parte de la institución hospitalaria” (p. 1), en la práctica se observa que el método del hospital está regido

por la urgencia, tiende a priorizar la eficacia del tratamiento y deja en un segundo plano la subjetividad del paciente frente a la enfermedad.

Esta tensión se agudiza cuando la hospitalización empeora, Falcón (2025) menciona que: “la estancia hospitalaria prolongada representa un problema de múltiples dimensiones que desafía a los sistemas de salud” (p. 1) ; además que: “pone en riesgo la seguridad del paciente” (p. 1). Esto debido a que queda vulnerable la estabilidad mental del paciente, sometiendo a tiempos que le son ajenos. Es justamente en ese escenario en donde la pérdida de autonomía trasciende la “limitación física” para convertirse en un duelo por aquello que era parte de su identidad: no es sólo un duelo por perder movilidad en su cuerpo o la función de un órgano, sino que se enfrenta a la pérdida subjetiva de su propio ser, en donde se centra una creencia de “ya no poder tener la vida de antes”.

Charmaz (1983) plantea que: “En una sociedad que enfatiza el hacer y no el ser, aquellos que no pueden realizar las tareas convencionales y las obligaciones sociales pierden los medios necesarios para mantener la vida socialmente significativa” (p.191). Con esta cita, Charmaz plantea que esta sociedad tiene como finalidad hacer valer por cuanto “produce o hace”, pero cuando llega el momento en que el paciente pierde autonomía y deja de hacer aquellas tareas, siente que “quien es” desaparece también. Si ya no es “ el profesional”, “el artista”, siente que no es nadie.

Esta disrupción biográfica genera un planteamiento controversial en el tratamiento: aunque para el personal médico: “aumentar el nivel de independencia de nuestros pacientes, es una premisa constante en la ejecución de nuestros cuidados” (Blanca Gutiérrez et al., 2009, p. 1), esta “independencia” suele referirse netamente a lo funcional, cuando el paciente logra comer o asearse solo, sin tomar en consideración al sujeto de su rol laboral o lazo social e incluso el sentimiento generado tras la hospitalización.

De hecho, estudios cualitativos confirman que existen “factores contextuales que afectan la autonomía” (Ebrahimi et al., 2018, p. 1) dentro de los hospitales, tales como “restricciones organizacionales” y ciertas rutinas rígidas que dejan al paciente en una posición de pasividad, sino que: “es algo relacional y depende de cómo las condiciones sociales y las relaciones dan forma a la identidad propia” (Shih et al.,

2018, p. 1). Es por esto que el paciente queda atrapado en un conflicto: mientras la medicina le pide una adaptación y mejora precoz en su tratamiento, él experimenta un derrumbe de su imagen corporal, sintiendo que su antigua autonomía se lleva aquella identidad que era antes de la hospitalización.

Con esto nace el cuestionamiento planteado por Kugler (2018), “la ética del psicoanálisis y las normas en la institución” (p. 2), planteando la urgencia de investigar cómo la hospitalización es un factor importante en esta crisis de identidad generada en el paciente, en donde se despojó su narrativa de vida, enfrentándose a dos opciones: reinventar su identidad o quedar fijado en este sentimiento de “dependencia” y pérdida de autonomía.

Preguntas de la investigación

Pregunta General

¿Cuáles son las respuestas subjetivas de los pacientes hospitalizados frente a la pérdida de autonomía durante su estancia hospitalaria?

Preguntas Específicas

- ¿Qué respuestas subjetivas se movilizan en el paciente hospitalizado frente a la pérdida de autonomía?
- ¿Qué lugar ocupa el cuerpo en relación al sentido para el paciente hospitalizado frente a la pérdida de autonomía?
- ¿Qué relación tiene el Otro con el sujeto hospitalizado a partir de la pérdida de autonomía?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Analizar y comprender las respuestas subjetivas de pacientes hospitalizados frente a la pérdida de autonomía, vinculando la revisión bibliográfica y casuística, a fin de

proporcionar un espacio de conocimiento que logre alojar la singularidad de los pacientes hospitalizados.

Objetivos Específicos

- Explorar las respuestas subjetivas que surgen en el sujeto hospitalizado frente a la pérdida de autonomía mediante revisión bibliográfica y estudio de casos.
- Identificar el lugar que ocupa el cuerpo en torno al sentido para el paciente hospitalizado en referencia de la pérdida de autonomía por medio del estudio de casos y revisión bibliográfica.
- Comprender cuál es la relación del sujeto hospitalizado con el Otro a partir de la pérdida de autonomía mediante el estudio de casos y la revisión de fuentes documentadas.

Justificación

La presente investigación surge a partir de un cuestionamiento adquirido durante las prácticas pre-profesionales realizadas en un hospital de Guayaquil. Específicamente en las áreas de Neurología y Oncología, en donde se nota una problemática recurrente en paciente de 40 a 65 años de edad: la existencia de angustia frente a la pérdida de lo que ellos consideran “autonomía”, quedando atrapados en la incertidumbre sobre su cuerpo e identidad.

Esta problemática responde a una observación: los casos atendidos durante el transcurso de las prácticas pre-profesionales, revelan que, para los pacientes, la enfermedad o motivo de ingreso al hospital no es solo un dato biológico, sino un cuestionamiento esencial en su subjetividad. Muchos de los pacientes en su discurso manifiestan un malestar al preguntarse y pensar sobre su vida: “no volver a tener la vida de antes” o “no recuperar la autonomía”.

Sin embargo, por más cuestionamiento que el paciente presente, en su mayoría no existe una respuesta por parte del personal médico frente a este malestar subjetivo: sus palabras, llenas de temor y dudas, en general no son escuchadas ni alojadas de una forma oportuna. Es por esto que, el discurso del paciente es capturado bajo la

urgencia médica, siendo impulsado a los protocolos de atención precoz, enfocada en el bienestar orgánico.

Por consiguiente, este trabajo es necesario porque pretende comprender el malestar subjetivo del paciente y cuestionarse sobre cuáles son las dimensiones de aquello; incluso cuándo inicia este concepto de “pérdida de autonomía”.

Por otro lado, pretende analizar la atención hospitalaria, no como una crítica sino como una lógica que no propicia que la subjetividad del paciente y su discurso sea escuchado. Se busca humanizar al sujeto, posibilitando que surja una demanda que pueda ser escuchada y atendida, más allá de una respuesta biológica (estar curado, poder caminar, etc).

La investigación da apertura a interrogantes frente a esta problemática. Como aporte reside en brindar coordenadas teóricas que permitan comprender la complejidad subjetiva de “pérdida de autonomía”, invitando a cuestionar lo que a menudo no es escuchado por el discurso médico. La finalidad es dar lugar a un espacio que respete la singularidad de cada caso, sin dejarse atrapar por la estandarización hospitalaria.

En adición, la presente investigación se sustenta por la metodología cualitativa con un método descriptivo, siendo este método idóneo para profundizar la singularidad de cada caso. Mediante la revisión bibliográfica y estudio de casos, se permite articular la teoría con la realidad observada en el hospital.

Durante el proceso del trabajo se presentaron ciertas limitaciones en torno al alcance del estudio: si bien esta investigación articula diferentes referencias bibliográficas, es de suma importancia aclarar que “la pérdida de autonomía” no puede inscribirse con el mismo valor significativo para todos los sujetos, este concepto responderá de manera singular para cada paciente.

Desde el psicoanálisis, no existe un “para todos” frente a la respuesta de lo Real. La enfermedad se hace presente en todos los pacientes, pero la respuesta subjetiva frente a esto dependerá de los recursos simbólicos, imaginarios y reales de cada sujeto. Por ende, la falta de autonomía o la hospitalización no será una totalidad para

todos los pacientes; habrá algunos que encuentren el discurso médico sensato y en él un amparo, y para otros esto representa una intrusión.

Bajo esta premisa, el presente estudio se aborda bajo la lógica del “caso a caso” y la singularidad de estos. Poniendo atención en aquellos pacientes donde la pérdida de autonomía se manifiesta y opera como un punto de malestar. De este modo, los casos presentados (M.C e I.C) cuentan con una lectura que representa esa singularidad, el objetivo es realizar una lectura que vaya más allá de lo biológico, en donde se escuche el discurso del paciente.

Para una mayor comprensión de la investigación, se presenta detallado por capítulos su abordaje:

En el primer capítulo, desde la orientación psicoanalítica, se aborda la construcción de la subjetividad. Se explora el concepto de la constitución en el Campo del Otro, y su inscripción en la cadena significante, temas de gran relevancia para entender la lógica del fantasma. Así también, se señala la autonomía como una respuesta derivada de un vínculo primario, no una capacidad aislada y para finalizar el capítulo: explicar lo que se entiende por “subjetividad” en esta investigación.

En el segundo capítulo, se profundiza en las dimensiones del cuerpo enfermo y el impacto que tiene en la imagen corporal del sujeto. Se hace la distinción teórica entre esquema e imagen, para dar sentido al padecimiento. Asimismo, se cuestiona la lógica del discurso médico en relación a la “independencia”, se plantea el término “falso éxito”: creer que una recuperación en torno a la movilidad y enfermedad, es equivalente a ser autónomo.

El tercer capítulo, interroga la posición del sujeto frente a la pérdida y el dolor. Se analiza el efecto que tiene el “desencadenamiento” que produce la pérdida de autonomía. Por último se aborda lo traumático de la enfermedad, explorando como lo real del cuerpo impacta y tiene como resultado la reconfiguración subjetiva.

En el cuarto capítulo, plantea la escucha analítica dentro de la institución hospitalaria. Se interroga la posición del analista y la función de alojar la subjetividad del paciente bajo la urgencia médica. También se analizan las

dimensiones de la transferencia en la institución y se reflexiona sobre sostener un lugar que habilite la palabra del Otro.

En el quinto capítulo, expone la metodología que sustenta el presente trabajo. Se guía por un enfoque cualitativo con un paradigma interpretativo, coherente con el objeto de estudio. Se detallan las técnicas empleadas, también los instrumentos utilizados. Se caracteriza la población, y se justifican los criterios que delimitan la muestra para el análisis de caso.

Finalmente, en el sexto capítulo se presenta el análisis de dos casos: se exponen las viñetas de ambos pacientes y se articulan con conceptos teóricos. Se realiza un análisis comparativo entre ambos para ver posibles similitudes entre sus respuestas subjetivas frente a la “pérdida de autonomía”, permitiendo analizar la singularidad de cada caso.

Antecedentes

Para dimensionar la relevancia subjetiva sobre la pérdida de autonomía en la hospitalización, se seleccionaron investigaciones que abarcan la pérdida de autonomía desde enfoques fenomenológicos, gestión sanitaria y enfermería. Estos estudios presentaron que la vivencia subjetiva del paciente va más allá que algo biológico en torno a los indicadores médicos.

En primer lugar, Peña-Ortiz et al. (2019) de Colombia, realizaron un estudio cualitativo llamado “*Latido de vida*”, los cuales exploraron las vivencias de los pacientes Unidades de cuidado intensivo (UCI). Sus hallazgos fueron relevantes: “Los pacientes recuerdan bastante bien sus vivencias durante su estancia en la UCI, a veces en detalles vívidos” (p. 48). Asimismo mencionan que:

La vivencia de sufrir una enfermedad cardiovascular y su hospitalización en la UCI es difícil, debido a los sentimientos negativos que se generan como temor, ansiedad e incertidumbre; también genera angustia los efectos de la enfermedad como son: los

equipos utilizados en el tratamiento, los procedimientos terapéuticos y los cuidados de bienestar y confort. (p. 56)

Esto fue crucial para la investigación, ya que frente a la actualidad de la tecnología y la frialdad de las intervenciones médicas, los pacientes valoraron en gran medida el “cuidador humanizado”, como un modo en que su identidad pueda quedar sujeta. Esto confirmó como el sujeto, frente al desamparo, exige una demanda de amor al Otro, para así ser reconocido y mantener su identidad.

Asimismo, se pudo observar que al ingresar al área de neurología, el paciente se ve enfrentado a muchos exámenes cansadores desde un inicio. Esto era justificado por la complejidad del sistema nervioso. Tal como lo indicó la revista MedlinePlus (2019): “Su sistema nervioso juega un papel en casi todos los aspectos de su salud y bienestar. Debido a que controla muchos procesos del cuerpo, un examen neurológico consiste en muchos tipos diferentes de pruebas”. (párr. 3)

Se pudo considerar que como resultado de todo este proceso de hospitalización y exámenes exhaustivos, el paciente sintió que el personal médico podía ser algo invasivo. Amorós Cerdá et al. (2008) señalaron:

En este sentido, el pudor, vergüenza relativa a la desnudez, fue relacionado por los participantes con la invasión de zonas del cuerpo consideradas más íntimas y así lo ilustran los siguientes comentarios: *“Me siento molesto desnudo, estar sin ropa y con el culo al aire, esto no es natural, me siento muy mal”*. Otro dice: *“Cuando te lavan y te ven las partes más íntimas, lo llevo fatal, fatal... te hacen sentir fatal.”* (p. 198)

Siguiendo este contexto, en relación a los procedimientos dentro de la hospitalización, se pudo observar que la dimensión emocional muchas veces quedaba relegada a último plano, invisibilizada por el malestar físico. Sin embargo, la revisión bibliográfica evidenció que esto es algo contradictorio. Planes (1992) mencionó que uno de los motivos tensionales sobre el cuerpo se debía a algo emocional: “En

muchas investigaciones se cita el estrés como uno de los más claros y frecuentes desencadenantes del ataque de migraña adultos. (p. 99)

Por otro lado, Amorós Cerdá et al. (2008) abordaron una dimensión bastante interesante en relación al contexto hospitalario, en su estudio *“Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados”* mencionaron:

La vulnerabilidad es otro de los sentimientos compartidos por algunos de los participantes, se sienten débiles, menospreciados por el personal sanitario, así lo manifiestan: “Cuando nosotros hablamos parece como si dijéramos tonterías para ellos” (refiriéndose al personal sanitario). Una entrevistada, refiriéndose a la higiene diaria, expresaba: “Estaba allí como un monigote quieta, te lo hacían todo... y tú no podías comportarte como una persona”. (p. 199)

Con esto, los autores concluyeron que el hospital tiende a dejar en descubierto el cuerpo del paciente, en donde actos que eran privados, como la higiene; se volvieron públicos. Este estudio mostró como la pérdida de intimidad fue el inicio hacia la pérdida de autonomía: cuando el paciente no controlaba quién lo podía ver o tocar, experimentaba vergüenza y sentimientos de vulnerabilidad, lo que se tomaba como una mirada del Otro invasiva.

Amorós Cerdá et al. (2008) cerraron su investigación con una de estas conclusiones: “Es importante aumentar la sensibilidad de los profesionales de la salud, haciendo que el respeto a la intimidad se convierta en un hábito en la práctica diaria” (p. 202). Dejando en claro la demanda por parte de los pacientes en relación al trato del personal de salud.

Asimismo, Simone (2024) en su trabajo *El poder del psicoanálisis en la urgencia* abarcó un tema a considerar: resultó fundamental analizar la posición de trabajo del analista dentro del hospital. Mientras el discurso médico tendía a borrar las vivencias subjetivas de los pacientes por los protocolos, la intervención analítica estuvo

orientada en otra manera, estableciéndose a favor de la singularidad del padecimiento. Es por esto que mencionó:

La dirección que toma un profesional del psicoanálisis en el contexto hospitalario se basa en la ética que fundamenta su práctica. Mientras que la institución promueve un ideal que generalice a los individuos, la ética del psicoanálisis busca una interacción desde la subjetividad, centrándose en lo particular de cada sujeto, es decir, explorando la verdad oculta en su inconsciente. Así, el analista interpreta, interviene, puntualiza, precisa, pregunta, apuntando siempre a esa verdad interior que sólo el propio sujeto es capaz de descubrir. (p. 41)

A partir de esta cita, se resaltó que el método psicoanalítico dentro del contexto hospitalario, no podía estar basado en los mandatos institucionales, sino en la singularidad de cada paciente. La autora concluyó que, la intervención psicoanalítica resultó clave para que el sujeto pudiera cuestionarse sobre su malestar, más allá de quedar atrapado en un diagnóstico médico.

Desde una perspectiva de salud pública, Falcón (2025) en su artículo *La estancia hospitalaria prolongada*, examinó cómo el tiempo de hospitalización afecta en los pacientes. Señaló: “Este fenómeno no sólo incrementa los costos y disminuye la eficiencia operativa, sino que también pone en riesgo la seguridad del paciente y afecta la calidad del servicio prestado” (p. 1).

Con esta cita, el autor planteó que al exponer a los pacientes a estancias prolongadas de hospitalización; los sumerge a una rutina institucional que anula su capacidad de autonomía y que por otro lado termina: “Impactando directamente en la calidad de vida de las personas” (Falcón, 2025, p. 2). Es por esto que el autor escribió sobre propuestas a implementar para mejorar las condiciones hospitalarias. Tales fueron:

Podemos citar algunas sugerencias con demostrada efectividad que pueden reducir significativamente las estancias prolongadas, como la hospitalización

domiciliaria, las unidades de corta estancia, los hospitales de día, la participación activa de médicos internistas. Al mismo tiempo, implementar intervenciones innovadoras como el uso de tecnologías digitales para mejorar la planificación del alta y el seguimiento ambulatorio. (p.

2)

Es por esto que este antecedente permitió pensar el tiempo hospitalario como un factor que anula la subjetividad del paciente y que lo fija en la dependencia.

Finalmente, Charmaz (1983) analizó la experiencia de pacientes con enfermedades crónicas. La autora logró identificar algo esencial para su trabajo: “La falta de control en relación a las restricciones impuestas a la propia vida generalmente resulta en la pérdida del yo” (p. 173).

En su trabajo, observó que la dependencia forzada en el contexto hospitalario y la restricción de la vida cotidiana, provocaban que la imagen del sujeto se quebrara, sin que pueda resignificar una nueva identidad.

Este antecedente permitió establecer que no era un simple dato funcional, sino un proceso de duelo por el propio Yo que, al no ser aceptado por el discurso médico tradicional, dejaba al paciente en un desamparo.

Capítulo 1:

La construcción de la subjetividad

Noción de autonomía en la sociedad:

Primeramente, es de suma importancia delimitar qué se entiende por “autonomía” en la sociedad actual. Esta palabra tiene raíces etimológicas y filosóficas que muchas veces pueden llegar a desaparecer durante la práctica médica, reduciéndolo a una capacidad meramente funcional.

Etimológicamente, la palabra proviene del griego αὐτός (sí mismo) y νόμος (norma), refiriéndose a poder darse a sí mismo leyes.

Asimismo, la Real Academia Española (2023), conserva este término de una manera muy similar, refiriéndose como: “la potestad que dentro de un Estado tienen municipios, provincias, regiones u otras entidades para regirse mediante normas y órganos de gobierno propios” (Def. 1)

Sin embargo, al pensar este concepto en el ámbito personal, la RAE lo cambia de enfoque, siendo esta: “la condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie” (Def. 2). Aquí se puede apreciar como esto cobra sentido para la investigación: pasa de la idea de “gobernarse” a la capacidad de no depender de alguien. Estos conceptos son los que a menudo suelen confundir a la sociedad actual; se cree que por necesitar ayuda para comer solo o realizar las actividades de higiene, se ha perdido la capacidad para gobernarse a sí mismo.

Llevando esto a la medicina, Beca Infante (2017) aporta una explicación de cómo el término evolucionó de la filosofía a la ciencia:

“El concepto de autonomía es un elemento esencial para comprender los profundos cambios de la relación médico-paciente, o más claramente de la relación clínica, en las últimas décadas. En su origen la autonomía (del griego auto = uno mismo, y nomos = norma) es un concepto propuesto por Kant en el siglo 18, quien concibe al ser humano como un sujeto moral capaz de decidir desde su razón y libertad, que es responsable de sus actos, y quien debe ser respetado como tal. Se refiere

al ser humano en abstracto más que a alguien que decide cosas concretas en condiciones particulares. En el ámbito de la Bioética la autonomía presupone la competencia o capacidad de decisión en condiciones de racionalidad, información, comprensión y libertad para aceptar tratamientos o para participar en una investigación” (p. 269)

Articulando lo propuesto por Beca, Immanuel Kant trae un concepto: actuar bajo una ley moral interna. La Enciclopedia Herder recoge los dichos de Kant, señalando: “La autonomía de la voluntad es el estado por el cual la voluntad es una ley para sí misma (independientemente de cualquier propiedad de los objetos del querer)” (Kant, 1785, citado en Herder, 2023, párr. 1).

Esta cita hace referencia a que el sujeto es considerado verdaderamente autónomo cuando decide por medio de sus acciones lo que realmente quiere, y no viéndose comprometido por causas de otros. Pero, esto en el contexto hospitalario se vuelve algo problemático: ¿cómo el paciente puede ser dueño de su “propia ley” cuando hay de por medio de horarios o procedimientos impuestos?. Aquí la autonomía corre el riesgo de convertirse en heteronomía, concepto inicialmente presentado por Kant, pero que la Real Academia Española (2023) plantea como: Condición de la voluntad que se rige por imperativos que están fuera de ella misma. (Def. 1)

En el ámbito hospitalario, el Informe Belmont (1979), define la autonomía como: “Una persona autónoma es un individuo capaz de deliberar acerca de sus metas personales y de actuar en el sentido de tales deliberaciones” (p. 4). Esta cita hace referencia a la importancia real de respetar las opiniones y decisiones del paciente, incluso cuando estas vayan en contra del discurso médico, siempre y cuando no tengan implicancia terceras personas.

Sin embargo, Beca Infante (1917), advierte la problemática de burocratizar este principio en los hospitales: “Sólo el paciente puede determinar qué es lo mejor para él de acuerdo con sus valores y preferencias [...] una medicina paternalista con documentos de consentimiento “firmado” más que informado” (p. 269). Esta cita pone en evidencia el hecho de que un paciente firme su consentimiento para realizar los procesos, no quiere decir que haya sido escuchado en su totalidad por parte del

personal médico. La firma va a ser algo netamente burocrático y administrativo que respalde a la institución, pero que deja al paciente en un lugar de desamparo, dónde su autonomía queda desplazada.

Desde la psicología de la autodeterminación, Ryan & Deci (2011) aportan algo fundamental para este trabajo. En un análisis realizado sobre la motivación humana, mencionan y hacen una aclaración: la autonomía no debe ser confundida con la independencia o aislamiento. Los autores señalan: “La autonomía se refiere a la regulación por el yo” (p. 60), Esto es fundamental para no caer en lo que se llama “falso éxito” (se explicará más a profundidad este término más adelante).

Un paciente puede llegar a ser dependiente físicamente: Necesitar que lo ayuden para comer o para cubrir sus necesidades higiénicas, y aún así seguir siendo autónomo si él la prueba aquellos cuidados desde su voluntad. Con esto se puede mencionar que la pérdida autonomía no sólo consiste en la imposibilidad de moverse y quedar en una silla de ruedas, sino en el silencio que se impone por parte de la institución.

Para finalizar, en el ámbito social, la autonomía hace referencia a la capacidad de interactuar con el entorno. Enel Cuore (2021) menciona que la autonomía social tiene relación con: “la capacidad de desarrollar una vida social activa, mantener relaciones significativas y participar en la comunidad” (párr. 4). La hospitalización, se encarga de esta dimensión ya que aísla al sujeto de su vida cotidiana y de sus lazos sociales que mantienen su identidad.

Aunque la sociedad tiende a conceptualizar la autonomía bajo el concepto de “productividad” Gómez M.I (2026), señala que: “la autonomía se asocia a la libertad: quien es autónomo no obedece a nadie más que a su propia conciencia o ley” (párr. 2). Esta cita hace referencia a que la autonomía es algo mental y consiste en una libertad interior más allá de la movilidad y productividad del cuerpo.

Esta revisión permite concluir que, mientras la sociedad y la medicina a menudo equiparan autonomía con "independencia motora" (hacer cosas solo), el concepto es mucho más profundo: se trata de la capacidad ética y psíquica de sostener la propia ley y el propio deseo, incluso cuando el cuerpo necesita de los cuidados de un Otro.

La constitución del sujeto desde el Otro

Para lograr entender la posición del paciente hospitalizado, es importante partir de algo fundamental: la subjetividad no nace de un interior aislado, sino que se constituye siempre en un ámbito compartido. Siguiendo a René Kaës, se plantea que la construcción individual del sujeto no surge en aislamiento, sino que necesita "apuntalarse" o apoyarse en el vínculo con el otro para poder constituirse (Kaës, 1993, p. 19). Esto significa que el sujeto es el resultado de discursos, deseos y lazos inconsciente del grupo que lo rodea.

Desde esta mirada, la identidad deja de ser algo fijo, para entender que es una construcción que se configura en la relación con los otros. Como señala Toledo (2012), el sujeto "se construye en interacción dialéctica con el entorno" (p. 45). Esto quiere decir que al igual que lo mencionado por Kaës, la identidad del sujeto no se forma de manera aislada o algo autónomo, sino que es representada y atravesada por los discursos sociales que rodean al sujeto.

En los grupos se vinculan fantasías, lazos y afectos, Kaës (1993) formaliza esto bajo el concepto de "aparato psíquico grupal", definiéndolo como: "una construcción común necesaria para formar un grupo" (p. 210). Esto funciona como una herramienta que contiene intercambios y experiencias. Así, el sujeto se constituye en 2 escenarios: obtiene lo aprendido en el ámbito social y también obtiene en él sus propias vivencias en base a la experiencia.

En esta línea, la subjetividad aparece inevitablemente atravesada por matrices ideológicas. Como indican Ruiz C. & Estrevel R. (2008), el sujeto se transforma al "participar y aprender al lado del "otro", es decir, al incorporar la ideología... a su propia práctica" (p. 184). Esto una vez más confirma que la identidad es la creación de discursos, lugares que el sujeto termina integrando.

En suma, todas estas bases teóricas, permiten comprender que la subjetividad no es algo aislado, sino un proceso que tiene relación entre el campo simbólico y afectivo que rodea al sujeto. Los autores coinciden en que la identidad se forma entre los discursos que el entorno facilita y las respuestas que el individuo logra elaborar en base a las experiencias que vive. En este sentido, la hospitalización se convierte en un escenario particularmente importante: no sólo interrumpe la vida cotidiana,

sino que instala al paciente dentro de un espacio institucional que modifica sus tiempos, su cuerpo y su lugar.

Cuando el sujeto queda hospitalizado implica quedar bajo a un nuevo "Otro" que sostiene, regula y controla funciones que antes eran realizadas de manera autónoma. Esto transforma la posición subjetiva del paciente, que debe quedarse en un lugar establecido e impuesto por la institución y regir "lo que los Otros esperan de él y lo que él espera de sí mismo" (Toledo, 2012, p. 44). Por ello, la pérdida de autonomía no solo se relaciona en el ámbito físico, sino que es también un proceso que reconfigura la identidad del sujeto, generando vulnerabilidad y dependencia.

Esta dependencia puede explicarse con mayor profundidad a través de lo que plantea Laurent, él da cuenta que el sujeto siempre nace intentando descifrar el deseo del Otro, el cual se presenta como una incógnita: "como una x" (Laurent, 1999, p. 13) Frente a esta interrogante, el sujeto intenta dar una respuesta.

Laurent (1999) menciona que: "A veces el Otro hace una "trampa": se queda fascinado con la imagen (como un padre que solo mira la belleza del niño y no su pregunta), evitando responder a la subjetividad" (p. 18). En el hospital ocurre algo similar: la institución se queda inmovilizada con el discurso médico (una enfermedad o los exámenes) y deja de escuchar la subjetividad del paciente, incitándolo a una posición de objeto.

Laurent (1999) hace una distinción en donde el paciente puede responder como síntoma o como objeto. Si el paciente actúa como síntoma, aún está expresando una "verdad" sobre el funcionamiento de la institución (p. 16). Pero la mayor dificultad para la autonomía es: identificarse con el objeto del fantasma. En esta posición, "es el ser del niño —el ser absoluto— lo que está en juego en esa identificación". Al ubicarse aquí, el paciente funciona como un tapón que produce una "saturación del modo de la falta" del Otro (p. 20). En donde, el sujeto queda en una posición de complacencia que termina "llenando" por la demanda hospitalaria, pero a precio de anular su propio deseo.

De este modo, la experiencia hospitalaria muestra que la autonomía no se mantiene sin los vínculos, sino que necesita de un entorno que pueda sostener al sujeto. Cuando ese entorno cambia repentinamente, como ocurre en el hospital tras

una hospitalización, la subjetividad se ve obligada a reorganizarse para evitar que la experiencia se vuelva traumática. En definitiva, no sólo se ve implicado el cuerpo enfermo, sino el propio sujeto dentro de un hospital que, en esa instancia, tiene el poder de renombrar a ese propio sujeto y cómo puede habitar su propia identidad.

La cadena de significantes

Desde Lacan, el sujeto se inscribe a partir de una “cadena de significantes”, definida por Evans (2007) con un tipo de eslabones donde “la significación no está presente en ningún punto de esa cadena, sino que el sentido “insiste” en el movimiento de un significante a otro” (p. 47). Esto hace referencia a que la identidad de una persona no se basa en un sólo significante o “etiqueta” sino que tiene una capacidad de conectar con diversas características que generan un impacto en el sujeto y así se crea su identidad; funcionando como: “una línea de descendencia en la cual está inscrito cada sujeto incluso antes de su nacimiento” (p. 47), refiriéndose a que esta cadena significativa no es una estructura rígida, sino el resultado de dichos a través de la historia del sujeto. Cada uno de estos dichos se construye a partir del Otro primordial y de cada una de las vivencias que dejan una huella en la vida de este. Así la subjetividad se conforma a partir de aquellas palabras, mandatos familiares, vivencias, que cuando se articulan determinan el modo en que el individuo interpretará su realidad.

Evans (2007) menciona que el discurso de la universidad es una estructura que: “oculta el hecho de que detrás de todos los intentos de impartir un saber aparentemente ‘neutral’ al otro siempre puede localizarse un intento de dominio. El discurso de la universidad representa la hegemonía del saber...” (p. 74). Esto hace referencia a como la “objetividad médica” funciona en ocasiones como un autor de poder que bajo ciertas normativas, silencia la subjetividad del paciente.

Ante esto en lo que se ve enfrentado el sujeto, la misión del analista es restituir esta cadena de significantes, operando desde un punto ético: “la tarea del analista consiste en dirigir el proceso (no en dirigir al paciente) (p. 61); en donde la labor primordial es sostener un lugar de escucha para que el sujeto pueda elaborar los significantes en donde pueda: “articular algo de su deseo” (p. 61).

El fantasma

Si el sujeto se constituye respondiendo al deseo del Otro, necesita algo que organice esa respuesta a lo largo de su vida. Este mecanismo es lo que se llama fantasma.

El fantasma actúa como un guión mental o un velo que se interpone entre el sujeto y el mundo. Permite interpretar la realidad y darle un sentido propio. Laplanche (1996) lo define como un: "Guión imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo (y, en último término, de un deseo inconsciente)" (p. 138). Funciona como el marco que protege de la parte más traumática de la realidad.

Esta estructura se vuelve crítica durante la hospitalización. Cuando el paciente ingresa, el sistema hospitalario impone su propio guión institucional (horarios, procedimientos, diagnósticos), que a menudo anulan la singularidad del paciente.

Esta situación amenaza con romper el velo de su fantasma. Si el fantasma se rompe, el paciente pierde su narrativa y se siente reducido a un objeto biológico, cayendo en la posición de "ser absoluto" que mencionaba Laurent (1999) : "se trata ya de una identificación parcial, sino que es el ser del niño —el ser absoluto— lo que está en juego en esa identificación." (p. 19).

Por lo que el sujeto debe ser capaz de reconstruir su historia personal, un concepto que Freud desarrolló en *Construcciones en el análisis* (1937). Freud comparó el trabajo de recuperar los recuerdos perdidos del paciente con el trabajo de un arqueólogo. El analista y el arqueólogo, no ven la historia completa, sino que deben trabajarla a partir de los "fragmentos de recuerdos, de las asociaciones y de la conducta" del sujeto (Freud, 1937, p. 261).

Para el paciente hospitalizado, recuperar la autonomía es un trabajo de "arqueología propia". Es un acto de avance para que su singular historia no quede bajo el peso de la enfermedad y el discurso de la medicina. Freud (1937) recuerda que incluso lo que parece más irracional en el paciente (miedos o fantasías) siempre contiene un "elemento de verdad histórica" (p. 269-270). Por lo tanto, conservar la autonomía en el hospital no es solo respetar decisiones, sino permitir que el paciente

siga siendo el “arqueólogo” de su propia vida, validando su verdad histórica y fantasmática frente a la institución.

La autonomía como respuesta de un vínculo primario

Para abordar la problemática de la autonomía del paciente hospitalizado, es necesario dar cuenta de que es algo que va más allá de lo físico. No se refiere solamente a la imposibilidad de moverse por una enfermedad, sino también al impacto subjetivo que esta pérdida genera en el sujeto. Según el autor, la autonomía es una estructura interna; cuando esta se ve afectada, es posible que el sujeto caiga en lo que Winnicott menciona como una “vida falsa edificada sobre las reacciones producidas por los estímulos externos” (Winnicott, 1958, p. 5). Significa que el paciente pierde la sensación de ‘autonomía’ y pasa a sentirse como un objeto. Su vida y decisiones en el hospital pasan a ser reacciones automáticas para intentar sobrellevar su hospitalización, en donde no llega a sentirse dueño de sí mismo.

Para que el sujeto pueda madurar y crecer emocionalmente, es de suma importancia que la figura materna haya respondido de forma adecuada a sus necesidades primarias. Si esa base segura existe, el individuo desarrolla la confianza en un “medio ambiente benigno” (Winnicott, 1958, p. 3), construyendo así bases sólidas para tener “indicios de salud mental”. Esta autonomía es un proceso emocional completo, considerándose como “uno de los signos más importantes de madurez dentro del desarrollo emocional” (p. 1).

La capacidad de “estar solo” es el resultado esencial de haber podido “estar solo en presencia de la madre” (Winnicott, 1958, p. 2). Este concepto es primordial para entender este proceso, ya que implica que la seguridad no surge del aislamiento, sino de la certeza de que el ambiente es confiable y de quien da este apoyo es la función materna, dando un sostén que se adapte a las necesidades del bebé; al hacerlo, ofrece una experiencia de confianza fundamental mediante un “medio ambiente que lo protege” (Winnicott, 1958, p. 3- 4), permitiendo al niño relajarse y sentir que su existencia es segura. Es indispensable que exista un otro de apoyo para que la inmadurez del ego pueda avanzar y hacerse posible la existencia individual del sujeto.

Con el tiempo, el sujeto logra incorporar esa experiencia de sostén como una estructura interna otorgada previamente por la figura materna. Se trata de lo que Winnicott denomina la existencia de un “objeto bueno en la realidad psíquica del individuo” (Winnicott, 1958, p. 3). Esto permite al sujeto enfrentar los desafíos de la vida sin tener miedo a lo que se encuentra en ella. La autonomía en la adultez, no es la erradicación total de la dependencia, sino la capacidad de contar con esta herramienta primaria ayude a calmar el malestar.

Ante lo planteado por Winnicott, esto se convierte en una herramienta importante para observar en la clínica: Winnicott distingue entre la soledad madura y el “retraimiento” (p. 3). Mientras que la soledad madura es un signo de tranquilidad, el retraimiento es una configuración de defensa ante el malestar. No todo silencio del paciente es señal de bienestar. Con Winnicott es factible leer esa diferencia para comprender mejor la subjetividad del paciente hospitalizado.

La hospitalización y la enfermedad hacen que el paciente se enfrente a una regresión de dependencia primaria. El paciente se ve obligado a renunciar a su “autonomía adulta” y quedar en el cuidado de un “Otro” en donde ahora quien lo sostiene, es la institución hospitalaria y no la figura materna. Al depender totalmente de este "Otro institucional", se reactivan inconscientemente recuerdos de cómo fue sostenido en sus primeros años de vida (Winnicott, 1958, p. 7); esto quiere decir que, si el hospital no brinda una atención que funcione como un verdadero "sostén" para el paciente, este se enfrenta a algo mucho más que el dolor físico: la sensación de no sentirse contenido ni reconocido, reviviendo el desamparo de un niño que no es sostenido.

En síntesis, la fragilidad del paciente hospitalizado no proviene solo de la enfermedad o de una reacción a la hospitalización, sino de algo interno más profundo: al entrar en regresión, su estabilidad emocional depende del sostén que reciba del entorno. Por lo que, la autonomía no se mantiene en el sujeto, sino que va a requerir de un ambiente que funcione como apoyo. Cuando este sostén falla, la experiencia puede volverse traumática y comprometer la integridad del Yo.

Lo que entendemos por subjetividad en este trabajo

Para efectos de este trabajo, la subjetividad será entendida como el modo singular en que cada sujeto organiza su mundo, sus afectos, su historia y su relación con los otros. No se trata de algo fijo, sino de un proceso en constante cambio que depende de los vínculos, del lenguaje y de las experiencias que atraviesan al individuo.

Sigmund Freud menciona que: “el yo se siente incómodo, tropieza con límites a su poder en su propia casa, el alma” (1979, p. 133). Esta frase evidencia que el sujeto nunca es dueño absoluto de sí mismo: su subjetividad está habitada por recuerdos, deseos y significantes que han sido incorporados durante su vida. En este sentido, la subjetividad está marcada por una dimensión inconsciente que condiciona la manera en que el sujeto se percibe y actúa.

Lacan profundiza esto al señalar que: “el inconsciente está estructurado como un lenguaje” (1964, p. 28). Esto quiere decir que la subjetividad no se constituye desde el interior del sujeto, sino desde el campo del Otro. Tanto como significantes, discursos y palabras forman al sujeto desde antes que él pueda llegar a nombrarse. A través del lenguaje el sujeto significa, nombra y reorganiza su lugar en el mundo y también la relación con los otros en su entorno.

Perder la autonomía no hace relación a algo únicamente físico, sino que hace alusión a un quiebre en la organización simbólica que sostiene al sujeto.

Entender la subjetividad del sujeto bajo esta lógica permite observar la hospitalización no sólo como algo biológico, sino como un evento que “reorganiza” la posición del sujeto, modificando su imagen corporal e incluso la demanda existente con el Otro institucional.

Capítulo 2:

El cuerpo enfermo y su imagen: pérdida de autonomía y dependencia

El cuerpo enfermo y la imagen corporal

Para comprender realmente qué sucede en un paciente cuando pierde la “autonomía”, se debe iniciar por distinguir dos términos: la diferencia entre lo biológico y el cuerpo subjetivo. Mientras los médicos operan el cuerpo, el psicoanálisis escucha al sujeto que habita ese cuerpo.

Aquí hay algo primordial: la medicina interviene con lo visible, pero el paciente habita en un padecimiento subjetivo, en donde experimenta miedos y pérdidas que no serán vistos en ningún escáner.

Siguiendo a Françoise Dolto (1994, p. 21), se entiende que el cuerpo es el escenario donde se inscriben los deseos y conflictos. Por eso, cuando llega la enfermedad, no sólo vulnera lo biológico sino que moviliza la historia misma del sujeto.

Por otro lado, Jacques- Alain Miller, plantea la idea de que la relación con el propio cuerpo depende estructuralmente del Otro. Miller menciona : “Creo que el cuerpo del otro, que es una imagen, es primero que el cuerpo propio” (1995, p. 379). Con esta cita, introduce la idea de que el sujeto no accede a su cuerpo de forma directa, sino a través de la imagen que el Otro le devuelve. Esto tiene una consecuencia principal: la conexión con el propio cuerpo no es inmediata ni natural.

Miller afirma que: “no se puede decir que el cuerpo se introduzca en el campo del goce por la imagen del cuerpo propio, sino por la imagen del cuerpo de otros” (1995, p. 379). Para que el paciente sienta su cuerpo como algo vivo, presente y significativo, necesita haber atravesado previamente la mirada y la presencia del Otro. La percepción del cuerpo propio, está sostenida por la inscripción simbólica y afectiva que proviene de quienes rodean al sujeto.

Finalmente, Miller destaca el papel central de la mirada en la percepción corporal. Afirma que: “es la extracción del objeto *a* como mirada lo que nos permite tener un sentimiento de realidad perceptiva” (1995, p. 394). Si vemos esto desde el contexto

hospitalario, cuando la mirada institucional queda centrada en las lesiones o parámetros médicos, el paciente pierde la subjetividad de su cuerpo, deja de ser vivido y se termina transformando en un objeto. Afectando así la integridad, dejando al sujeto vulnerable en donde el cuerpo ya no se siente propio.

La distinción teórica: Esquema vs. Imagen

La clave para entender este fenómeno está en la advertencia de Dolto: "Imagen del cuerpo y esquema corporal, ¿cómo distinguirlos?" (Dolto, 1994, p. 21). Aunque suenen parecido, son cosas muy distintas.

El esquema corporal, es una realidad de hecho, un dato físico. Dolto explica: "es aquello que especifica al individuo en cuanto representante de la especie: es, en principio, el mismo para todos" (Dolto, 1994, p. 21). Es el soporte que nos permite actuar y movernos por el mundo. Por eso es lo que el hospital atiende: el cuerpo que duele o sangra.

En cambio, la imagen inconsciente del cuerpo, es diferente. Pertenece a un orden simbólico y "es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia" (Dolto, 1994, p. 21). Se trata de la forma inconsciente en que el sujeto siente y simboliza su cuerpo. Describiendo cómo el cuerpo es vivido, cargado de recuerdos y afectos: es "la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante" (Dolto, 1994, p. 21). Es decir, lo que sostiene al paciente no es solo el músculo o el hueso, sino la manera en que se siente alojado por los otros.

La lógica del hospital: ¿Qué es la "Independencia"?

El problema inicia cuando la institución decide enfocarse en mejorar sólo el esquema corporal y deja de lado la imagen. Con esto aparece una tensión de dos lógicas: el cuerpo funciona y el cuerpo vivido.

Esto se ve claramente en los estudios de gestión sanitaria. Por ejemplo, en el texto "El aumento de la independencia de los pacientes en el hospital", se plantea como gran objetivo: "aumentar el nivel de independencia de nuestros pacientes es una

premisa constante en la ejecución de nuestros cuidados” (Gutiérrez, et al., 2009, p. 1).

Pero, ¿qué significa "independencia" para el hospital? El estudio muestra que esto se mide con escalas como el Índice de Barthel, que evalúa cosas como: comer solo, lavarse, vestirse, etc. (Gutiérrez, et al., 2009, p. 1). Es decir, para el sistema médico, la meta es que el paciente recupere su función motora. El paciente ideal es el que "funciona", sin importar cómo se "siente" realmente, siendo dado de alta una vez que comienza a recuperar sus funciones motoras. Con esto se crea una gran contradicción, debido a que si bien el paciente pudo “recuperar” las funciones motoras, él puede sentirse internamente ajeno a su propio cuerpo o incluso, menos autónomo que antes. Muchas veces la subjetividad paga el precio quedando anulada por encontrar la recuperación física, viendo así un cuerpo recuperado pero una identidad perdida.

Esta lógica que anula la subjetividad del paciente no se basa únicamente en la evaluación motora, sino que incluso se extiende a decisiones éticas. De la misma forma en que creen que la movilidad es sinónimo de independencia, el hospital en ocasiones compara la voluntad del paciente con un simple trámite. En donde asumen que por cumplir con un protocolo legal, estarían escuchando al paciente. Sin embargo, esto puede tener gran relación con la pérdida de voz y voto del paciente, quedando silenciado por un trámite burocrático.

En relación a esto, el Dr. Beca Infante (2017) señala:

Sólo el paciente puede determinar qué es lo mejor para él de acuerdo con sus valores y preferencias. Sin embargo, si el consentimiento informado se concreta sólo en formularios firmados con limitada comprensión de los pacientes, lo que de hecho ocurre es una medicina paternalista con documentos de consentimiento “firmado” más que informado. (p. 269)

El “falso éxito”: Moverse no es lo mismo que ser autónomo.

Desde el discurso médico, si logras la movilidad ya eres un paciente autónomo; sin embargo, desde el psicoanálisis la autonomía real no depende de cuánta movilidad se obtenga, sino en la posición subjetiva que el sujeto asuma frente a su vida.

Un sujeto puede recuperar su "independencia" funcional (caminar, comer) y, al mismo tiempo, haber perdido su "autonomía" como posición subjetiva, si no ha tramitado las implicaciones en su vida e historia de su pérdida de autonomía, de elaborar el duelo de lo que fue, para poder asumir una nueva posición. Porque la autonomía no es solo poder moverse, sino poder sentirse dueño de sí mismo.

La enfermedad ataca al cuerpo físico, pero es la institución la que pone en riesgo la imagen inconsciente. Cuando el paciente es visto como un número más dentro de la institución, es posible que el sujeto llegue a perder el sentido de pertenencia en relación a su cuerpo y sienta que es propiedad de ese "Otro institucional". Es posible que esto genere angustia en el sujeto: su cuerpo ya no es sentido como propio sino que pasa a ser un objeto. Esto concluye en una paradoja: ante los médicos es alguien "independiente" pero subjetivamente se encuentra "apartado" de sí mismo.

En conclusión, la hospitalización genera una tensión inevitable entre dos ejes. Por un lado, la medicina busca restaurar el esquema corporal a través de la "independencia" funcional, haciendo que el paciente vuelva a tener esa función motora (Gutiérrez et al., 2009, p. 1). Por otro lado, el sujeto necesita sostener su imagen inconsciente a través del deseo y el reconocimiento de su palabra y malestar (Dolto, 1994, p. 21). Si el tratamiento ignora esta segunda dimensión, se corre el riesgo de presentar a la sociedad sujetos que han quedado silenciados en su propia historia. No basta con que el paciente camine; necesita poder habitarse.

Capítulo 3: El sujeto frente a la pérdida, el dolor y la pasividad

El desencadenamiento por la pérdida de la autonomía

Para abordar la posición del sujeto frente a la pérdida que supone la hospitalización, es necesario introducir la noción de desencadenamiento. Daniel Millas explica que esto no es algo que ocurra sólo en la psicosis; sino que en la neurosis igual, y puede ser: “el desencadenamiento de una crisis de angustia, de displacer, de un ataque histérico, etc” (Millas, 2015, p. 41).

Cuando los pacientes son hospitalizados, a menudo se sienten empujados a lo que denominamos desencadenamiento, Millas describe esto como la de “haber llegado al borde del agujero” (2015, p. 42). Para nuestro presente trabajo, podríamos decir que al perder parte de su autonomía y su completa rutina, el sujeto siente que es aventado a un abismo donde no tiene palabras para explicar lo que le está sucediendo, quedando atrapado en un momento de “perplejidad” (p. 43).

Según Millas (2015) existe un concepto denominado “Un-Padre” lo cual es lo que impulsa un desencadenamiento y en su texto señala que: “Un-Padre es aquello que viene a oponerse, a romper una identificación imaginaria” (p. 43). Si bien este concepto es de aplicación a la estructura psicótica, nos sirve para poder delimitar la lógica en juego, y ver sus posibles aplicaciones y consecuencias en las estructuras neuróticas. Desde esta lógica, el hospital podría tomar el lugar de “Un-Padre”: llega a romper ciertas rutinas del paciente e imponer reglas de la institución, dejándolo sin protección de esa ley que se impone.

Al perder su autonomía, el paciente ya no se enfrenta a una situación difícil, sino a un “objeto indecible”. Millas (2015) hace referencia a este término como: “se trata de la presencia de un goce que no tiene nombre, que el sujeto no reconoce como propio...” (p 44). Desde esta perspectiva, la pérdida de autonomía está presente como un acontecimiento subjetivo que desorganiza los recursos simbólicos del sujeto. El paciente ya no decide sobre su vida, cuerpo ni tiempos, puede vivirse como una caída de su singularidad en el mundo.

El desencadenamiento, en este sentido, no habla en relación a una estructura psicótica, sino a una crisis subjetiva donde el sujeto queda momentáneamente sin palabras para significar lo que le ocurre. El dolor no se limita al cuerpo enfermo, sino que se extiende a la experiencia de sentirse fuera de sí mismo. La pasividad impuesta por la institución puede intensificar esta vivencia, sobre todo cuando el sujeto no encuentra un espacio donde su malestar sea reconocido y simbolizado.

Es por esto que, la hospitalización puede convertirse en un punto de ruptura en donde reaparecen experiencias anteriores de desamparo, dando por resultado que el sujeto perciba la “pérdida de autonomía” como una amenaza a su subjetividad.

Es por esto que, el sufrimiento va más allá de algo biológico, sino que hace referencia a quedar reducido a un objeto por una ley que se impone. El sujeto queda sumergido en angustia al verse obligado a obedecer reglas que no ha elegido en un entorno hospitalario.

Asimismo, Charmaz (1983) señala que:

Las formas en que se reconocían a sí mismas en el pasado se volvieron cada vez más lejanas a medida que la experiencia presente difiere aún más de la del pasado, particularmente cuando la dependencia es lo que caracteriza su presente”. (p. 173)

Esto quiere decir que, la dependencia física no sólo limita el cuerpo, sino que produce una fractura subjetiva en la identidad. El paciente no logra sostenerse con la imagen de quien fue; el recuerdo de ese “yo autónomo” del pasado y el cuerpo actualmente dependiente en la hospitalización, se vuelven una paradoja, generando un cuestionamiento subjetivo, donde el paciente deja de reconocerse a sí mismo.

El vacío y la pasividad ante la enfermedad

Cuando la enfermedad interrumpe la vida cotidiana, el sujeto se enfrenta a una transformación de su posición. Para explicar este estado de desamparo, se tomarán dos conceptos que Daniel Millas desarrolla a partir de la clínica de las psicosis, pero

que enmarcan perfectamente la situación del paciente hospitalizado: la experiencia de vacío y el síndrome de pasividad.

Millas explica que, antes de cualquier intento de reconstrucción a su angustia, lo primero que aparece es una "experiencia de vacío". El sujeto se encuentra con un "vacío de significación" radical; vive algo que lo atraviesa pero que no puede explicar ni nombrar. La enfermedad se presenta entonces como un acontecimiento sin inscripción simbólica previa, algo que irrumpe sin que el sujeto disponga de recursos para comprenderlo. Esta falta de sentido lo deja en un estado de angustia, ya que se enfrenta a un agujero en el saber donde las palabras habituales ya no sirven para dar cuenta de lo que le sucede (Millas, 2015, pp. 17-18).

En el hospital, este vacío se incrementa cuando el discurso médico no logra entender la vivencia singular del paciente. Al haber una urgencia por curar, estabilizar o intervenir puede dejar sin lugar a la pregunta subjetiva del sujeto.

Esta caída en el vacío da lugar a lo que se conoce como "Síndrome de pasividad" (o Pequeño Automatismo Mental). Millas describe lo propuesto por De Clerambault, siendo este un estado en el sujeto deja de ser el dueño de sus actos y pensamientos. No se trata aún de un delirio ni de una ruptura franca con la realidad, sino de una vivencia sutil y perturbadora de extrañamiento respecto de sí mismo. Se caracteriza por ser un fenómeno "neutro" y "atemático" (Millas, 2015, p. 16).

Si se observa esto en el contexto hospitalario, se ve que el paciente queda ubicado en esta misma posición. Al ser sometido a los procedimientos médicos y a los tiempos de la institución, experimenta su cuerpo como un objeto ajeno, manipulado por el Otro. Las decisiones se toman por él, los tiempos no le pertenecen y su palabra queda muchas veces subordinada al saber técnico. La enfermedad lo empuja a este "automatismo" y pasividad, donde su autonomía queda suspendida y se ve forzado a consentir una intrusión sobre su intimidad que lo deja sin defensa (Millas, 2015, p. 17).

Esto quiere decir que el paciente no elige estar pasivo. La pasividad aparece porque la enfermedad y el hospital lo dejan en una posición para depender de otros. El problema es que, si esta situación se mantiene en el tiempo, el paciente puede

quedar fijado a un lugar donde solo es tratado como un cuerpo enfermo, deja de ser considerado y de sentirse como una persona que piensa, habla y desea.

Asimismo, Bury (1982), trabaja sobre un concepto nuevo en su trabajo sobre enfermedades crónicas, describiendo así a las enfermedades como: “el tipo de experiencia en la que se alteran las estructuras de la vida cotidiana y las formas de conocimiento que las sustentan” (p. 169). En relación a esto Morgan & Burholt (2020) mencionan:

Bury exploró la noción de disrupción biográfica como una forma de entender la experiencia de vivir con una enfermedad crónica. Argumentamos que el concepto de “disrupción biográfica” tiene relevancia para aquellos afectados por la soledad. Esto puede afectar cómo se ven a sí mismos, su sentido de autoestima y cambiar cómo los perciben los demás. (p. 2036)

Esta posición de objeto deja una marca que sobrepasa el tiempo de estancia en el hospital. El impacto subjetivo de haber quedado tanto tiempo en un estado de pasividad genera un quiebre en la cotidianidad, esto produce una “disrupción biográfica”, donde la identidad previa no puede volver a la normalidad de una forma inmediata, obligando al paciente a realizar un intento de aceptación sobre quién es luego de la enfermedad. Es por esto que Trusson et. al (2016) plantean que:

El análisis de sus narrativas reveló desafíos en el período posterior al tratamiento que se conceptualizaron como disrupción biográfica y liminalidad. Aunque ya no estaban enfermas, un miedo constante a la recurrencia combinado con cambios corporizados impidió un regreso a la “normalidad”, es decir, un estado previo al cáncer en términos de estado de salud, identidad y relaciones. Argumentamos que después de la disrupción

biográfica del cáncer de mama, una “nueva normalidad” implica una renegociación continua de identidades, vidas diarias y futuros a medida que pasa el tiempo y las vidas evolucionan. (párr. 1)

El trauma y la subjetividad en la enfermedad

La llegada de una enfermedad grave no debe leerse sólo como un evento biológico, sino como un acontecimiento que moviliza la identidad del sujeto. Para dimensionar este impacto, es indispensable mencionar lo que Néstor Braunstein articula en Memoria y espanto, bajo la premisa de que "la memoria empieza en el terror". Braunstein (2008) plantea que el trauma es aquello que "no embona" en el relato de la vida, una experiencia de "espanto" inaugural que rompe la continuidad del ser (p. 29).

Sin embargo, se llega a pensar que este "espanto" reconfigura radicalmente la subjetividad. El trauma no es un simple olvido o un bloqueo; es el momento en que el sujeto se ve expulsado de sus coordenadas habituales. Al enfrentarse a lo Real de la enfermedad, aquello que no tiene nombre ni sentido, la subjetividad que antes antes, sostenida en la autonomía y control, se cae. El sujeto que "era" (sano, productivo, dueño de sí) ya no existe, y debe comenzar un trabajo de reconstrucción sobre las ruinas de esa certeza perdida.

Esto aporta algo muy esencial para comprender el impacto que conlleva una hospitalización. Cuando el paciente es ingresado, aparece el “espanto” que describe Braunstein, sobre todo por la pérdida de control sobre su cuerpo.

El cuerpo, se vuelve ajeno, un objeto manipulado por la medicina. Se puede pensar que es aquí donde la subjetividad se fractura: el sujeto deja de ser el agente de su historia para convertirse en el paciente de un protocolo. La "reconfiguración" subjetiva es la respuesta forzada ante esta expropiación del cuerpo; el sujeto debe inventarse una nueva forma de habitar esa "carne" que ahora le resulta extraña y amenazante.

En el ámbito clínico, el diagnóstico opera como el detonante de este proceso. Según el estudio de Shih et al. (2018), el diagnóstico se vive como un “trauma” que suspende la capacidad de juicio racional. Las pacientes describen este estado como una vulnerabilidad extrema en donde la subjetividad es paralizada por el miedo, obligándolas a depositar su voluntad en sus “otros relacionales” (familia, médicos) para poder avanzar (p. 4).

Aquí surge una tensión crítica que se debe resaltar: mientras el discurso médico exige decisiones rápidas y "autónomas", el sujeto está atravesando esta destitución subjetiva. Lejos de la independencia idealizada, el paciente traumatizado necesita de la dependencia para recuperar su agencia. Es a través del préstamo de la voluntad de los otros que el sujeto puede comenzar a tramitar el impacto del diagnóstico y coser el desgarró que el espanto abrió en su historia.

Tal como observan Shih et al. (2018), la voluntad de supervivencia no suele anclarse en el sujeto por sí mismo, sino en sus funciones simbólicas, tales como la maternidad o la vida en pareja. Dado que la enfermedad amenaza la continuidad de estos roles, los familiares operan como una “prótesis” indispensable, brindando el soporte necesario para que la estructura subjetiva no sucumba ante el deterioro físico (p. 7).

Finalmente, es crucial notar que el trauma también abre una vía a la resignificación. Así como Braunstein señala que la memoria se teje para cubrir el espanto, Shih et al. detectan que el tránsito por la enfermedad puede generar un "cambio transformador". El paciente puede pasar de la pasividad inicial, ese quedar a merced del Otro, a una fase de crecimiento, desarrollando una nueva asertividad. La subjetividad, entonces, no queda anulada, sino que se reescribe, integrando la vulnerabilidad y la pérdida de control como elementos constitutivos de una nueva y más auténtica autonomía (Shih et al., 2018, p. 6).

En definitiva, el impacto traumático de la enfermedad no es solo algo en menos en la vida del paciente. Es el motor de un cambio subjetivo crucial: se derrumba la fantasía de control total y emerge un sujeto que, reconociendo su vulnerabilidad, entiende que solo puede sobrevivir apoyándose en el vínculo con el otro.

Capítulo 4:

La posibilidad de una escucha en el contexto hospitalario

La escucha y la posición del analista

La posibilidad de una intervención clínica en el contexto hospitalario no depende únicamente del saber médico, sino, fundamentalmente, del lugar subjetivo desde el cual se sitúa quien escucha en relación a un paciente, reconociéndolo como un sujeto y no solo como un objeto de intervención, como objeto de la ciencia. En este sentido, el psicoanálisis introduce una lógica distinta: no se trata de observar o diagnosticar sino de sostener un lugar de escucha que permita al sujeto nombrar aquello que le angustia.

Freud plantea que la posición del analista debe diferenciarse de cualquier postura directiva. En *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*, Freud (1980) sostiene que el analista debe detener toda intención de dirigir el discurso del paciente. Esto quiere decir, permitir que el decir del sujeto se despliegue sin ser organizado según criterios previos del analista. Para esto, Freud propone que el analista debe mantener una “atención parejamente flotante” frente a lo que escucha (p. 111).

La llamada atención flotante implica que el analista no sabe de antemano qué será relevante. No escucha para confirmar hipótesis ni para responder con soluciones, sino para permitir que algo del sujeto emerja más allá de lo que él mismo cree saber. Freud señala que cualquier intento de comprensión anticipada constituye un obstáculo para el trabajo clínico, ya que “como la luna de un espejo, mostrar sólo lo que le es mostrado” (1980, p. 117). Esto hace referencia a que al actuar como un espejo que sólo devuelve lo que le es mostrado, el analista evita poner su subjetividad o interpretación bajo criterios externos. Así se garantiza que dentro de las sesiones sólo esté presente el discurso del paciente desde su propia singularidad.

En el ámbito hospitalario, esto es de suma importancia, ya que el paciente suele encontrarse reducido muchas veces a un diagnóstico o cuerpo enfermo. Esto cobra sentido en el momento que se abre un espacio donde el dolor, la angustia y la pérdida pueden ser nombrados y no sólo tratados de una forma médica.

Freud (1980) también menciona que el analista debe abstenerse de intervenir desde su propia afectividad o moral, ya que esto borra la singularidad del paciente. Señalando así que: “el médico debería contenerse y tomar como rasero menos sus propios deseos que la aptitud del analizado” (p. 117). Esto hace referencia a que la función del analista no es decirle al paciente ideas moralizantes, sino sostener una posición que permita que el discurso del paciente pueda llegar a ser nombrado sin ser atrapado por el deseo del Otro.

Para ilustrar esta posición de abstinencia, Freud recurre a una analogía médica que cobra especial relevancia en el contexto hospitalario: la del cirujano. Menciona que el analista debe homologar su actitud a la de este especialista, quien “deja de lado todos sus afectos y aun su compasión humana para concentrar sus fuerzas espirituales en una meta única: realizar la operación con la mayor destreza posible” (1980, p. 114). Al referirse a “dejar de lado todos sus afectos” no debe confundirse con indiferencia, sino entenderse como una medida en la que el trabajo analítico puede ser aplicado de forma que favorezca a ambas partes. En la institución de salud, donde el dolor corporal y la urgencia pueden conmover intensamente a quien escucha, esta indicación se vuelve una brújula ética fundamental, la cual busca garantizar que las intervenciones no se vean tomadas por las propias angustias del analista, permitiendo así que el tratamiento se sostenga en una operatividad clínica y no en algo manejado por medio de los sentimientos.

Así, la actitud de escucha no es una técnica añadida al tratamiento, sino una posición ética que define el lugar del analista. En un entorno donde el paciente ha perdido autonomía y control sobre su cuerpo, la escucha analítica ofrece un espacio mínimo pero fundamental de restitución subjetiva: un lugar donde su palabra no es evaluada ni corregida, sino acogida como expresión singular de su experiencia.

La transferencia en el espacio hospitalario

La transferencia es el motor que permite que el sujeto hable gracias a la escucha analítica. Para comprender cómo opera este vínculo en la institución, Freud (1980) en su texto “Sobre la dinámica de la transferencia” advierte que todo ser humano, por efecto de su historia infantil, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa (p. 97).

Freud utiliza una metáfora muy precisa para describir esto: se forma en el sujeto un "cliché" o estereotipo que se repite constantemente. Dice el autor: "Esto da por resultado, digamos así, un clisé (o también varios), que se repite, se reimprime de manera regular en la trayectoria de la vida, en la medida en que lo consientan las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos de amor asequibles" (Freud, 1980, p. 97).

En el contexto hospitalario, el paciente no llega como una “página en blanco”, sino que trae consigo experiencias previas en su vida. Al encontrarse en una situación de vulnerabilidad y dependencia física, tiende a reactivar estos modelos infantiles sobre las figuras que están junto a él, específicamente quienes lo atienden. Freud (1980) explica que la transferencia surge porque una parte de la investidura libidinal del sujeto se mantiene a la expectativa, lista para involucrarse sobre cualquier figura nueva. Anota: “Es entonces del todo normal e inteligible que la investidura libidinal aprontada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el médico” (p. 98).

Sin embargo, en la práctica este fenómeno no siempre se presenta como algo fácil. Freud señala que la transferencia puede convertirse en "la más fuerte resistencia al tratamiento" (1980, p. 99). Esto sucede cuando el paciente repite aquellos patrones en el vínculo actual. Y así para entenderlo de mejor forma, Freud hace una diferenciación que es de suma importancia observar en el contexto hospitalario: la diferencia entre transferencia positiva y negativa.

Freud (1980) menciona que:

Es preciso decidirse a separar una transferencia “positiva” de una “negativa”, la

transferencia de sentimientos tiernos de la de

sentimientos hostiles, y tratar por separado ambas variedades de transferencia sobre el médico. Y la positiva, a su vez, se descompone en la de sentimientos amistosos o tiernos que son susceptibles de conciencia, y la de sus persecuciones en lo inconsciente. (p. 102)

En el ámbito hospitalario, estos fenómenos pueden ser vistos en la práctica clínica. La transferencia positiva puede manifestarse cuando el paciente idealiza mucho al psicólogo y lo mantiene como una figura que “comprende todo” o “tiene un saber capaz de aliviar los cuestionamientos del paciente”, esto produce que el paciente deposite una confianza que excede el encuadre y que puede generar una demanda. Por otro lado, la transferencia negativa se puede manifestar cuando el psicólogo es investido por afectos hostiles, desconfianzas, resistencias o rechazo al proceso analítico. Freud aclara que esta ambivalencia es constitutiva y que "la transferencia sobre el médico sólo resulta apropiada como resistencia dentro de la cura cuando es una transferencia negativa, o una positiva de mociones eróticas reprimidas." (1980, p. 103).

Lejos de ser un obstáculo que deba eliminarse, esta actualización de los afectos es el terreno mismo de la intervención. Freud concluye su texto con una metáfora bélica que ilustra la potencia de este encuentro:

Esta lucha entre médico y paciente, entre intelecto y vida pulsional, entre discernir y querer «actuar», se desenvuelve casi exclusivamente en torno de los fenómenos trasferenciales. Es en este campo donde debe obtenerse la victoria cuya expresión será sanar duraderamente de la neurosis. (Freud, 1980, p. 105)

Freud menciona: "nadie puede ser ajusticiado in absentia o in effigie" (1980, p. 105). Esto señala que el trabajo clínico se vuelve posible en la medida en que el malestar del paciente se incorpora con el vínculo que se cree con el psicólogo.

En el contexto hospitalario dar lugar a la transferencia implica que el malestar se haga presente para poder intervenir en este, sin rechazarla, sino dándole un espacio a través de la palabra.

Por otro lado, el psicólogo en la institución hospitalaria suele estar entre dos lógicas: la del discurso médico que abarca protocolos, y la del psicoanálisis, que apunta a lo singular del sujeto. Dentro de la misma institución, el personal de salud “orienta” al psicólogo a seguir la misma vertiente regida por el orden médico establecido. Teniendo así una preconcepción de lo que el psicólogo “debería hacer” dentro de la institución.

Simone (2024) en su trabajo *El poder del psicoanálisis en la urgencia*, aborda una dimensión controversial:

Los profesionales del psicoanálisis que trabajan en el ámbito de la salud se enfrentan a un desafío renovado. El trabajo interdisciplinario y en red requiere la integración y comunicación con otras áreas de conocimiento, prácticas y disciplinas. Además, deben adaptarse y responder a las directrices y marcos establecidos por cada institución. Esto invita a los profesionales a reconsiderar y flexibilizar las fronteras de sus propias disciplinas. (p. 24)

Sin embargo, responder desde ese obediente mandato anularía la función del psicoanálisis. Al respecto, Kugler (2018) es contundente al afirmar que “es la clínica lacaniana, orientada por lo real del síntoma, la que está al margen del encuadre, más allá de las normas” (p. 389). Esta cita hace referencia a que la posición del psicólogo no puede sólo quedar encasillada en cumplir con los ideales y mandatos de la institución, sino que debe orientarse por aquello que no encaja en la norma: el padecimiento subjetivo del paciente.

Por lo tanto, cuando el equipo de salud demanda una intervención, el analista debe leer ese pedido desde una ética que no retroceda ante la presión institucional. Como señala Kugler (2018), “lo que se halla en juego es una cuestión ética. Cada profesional está llamado ahí a responder” (p. 390). Sostener el lugar del analista implica habitar cierta incomodidad en relación a su entorno de trabajo, con la

finalidad de abrir un espacio distinto a la cotidianidad de la institución: un lugar donde se aloje la singularidad del paciente y donde él pueda nombrar aquello que le angustia, al margen de las normas institucionales.

El lugar del Otro y la palabra del sujeto

Lacan permite situar con precisión la relación entre el sujeto, el lenguaje y el Otro, articulación fundamental para pensar la posibilidad de una escucha analítica en el contexto hospitalario. Es por esto que, el sujeto del psicoanálisis no coincide con el paciente especificado por un diagnóstico, sino que emerge desde el lenguaje, en relación con el campo del Otro.

Lacan (1964) formula que “el inconsciente está estructurado como un lenguaje” (p. 211). El psicoanálisis es una producción significativa que se articula en la palabra, es por esto que el sujeto no preexiste al lenguaje, sino que surge en él.

Lacan (1964) menciona que “el Otro es el lugar donde se sitúa la cadena del significante que rige todo lo que, del sujeto, podrá hacerse presente” (p. 212). Es así que, la palabra del sujeto sólo puede surgir en relación con ese lugar del Otro, no se entiende como una persona en específico, sino que hace referencia a una función simbólica.

Bajo esta mirada, la palabra no se considera una simple comunicación o una expresión consciente. Hablar implica que el sujeto quede dividido por el significante, ya que el sujeto nunca coincide en su totalidad con lo que dice. Lacan (1964) subraya que “el sujeto sólo es sujeto por su sujeción al campo del Otro” (p. 194). No se trata de un sometimiento forzado desde afuera, sino de algo fundamental para la subjetividad del sujeto. En el contexto hospitalario, esto suele quedar sepultado por el discurso médico, que tiende a reducir al sujeto a un cuerpo enfermo. El hospital, llega a tener con frecuencia el lugar de un Otro, que habla sobre el paciente y decide por él. Bajo este contexto, la palabra del sujeto corre el riesgo de quedar considerada irrelevante frente al saber médico.

La escucha analítica introduce una diferencia en esta lógica. Al sostener el lugar del Otro de un modo distinto, el analista no se posiciona como quien sabe sobre el sujeto, sino como aquel que posibilita que algo del discurso del paciente se

manifieste. Lacan afirma que “el análisis consiste justamente en hacerla hablar” (1964, p. 19), señalando que el síntoma se presenta, en muchos casos, en forma de silencio o en aquello que no es posible nombrar. La función de la escucha consta en abrir un espacio donde la palabra pueda desplegarse.

Esta función del Otro se articula de manera central en la transferencia. Lacan sostiene que la transferencia sólo puede pensarse a partir del SsS - Sujeto Supuesto Saber, indicando que “la transferencia es la puesta en acto de la realidad del inconsciente” (Lacan, 1964, p. 142). El analista es ubicado en el lugar de aquel a quien se le supone un saber sobre el malestar del sujeto, aun cuando ese saber no sea efectivo ni consciente. Es esta suposición la que sostiene el lazo transferencial y permite que el sujeto dirija su palabra.

En la institución, la intervención analítica busca introducir una diferencia: permitir que el sujeto pueda hablar desde su singularidad. La escucha analítica no es contraria al discurso médico en su totalidad, sino que establece sus límites, abriendo un espacio donde el sujeto no es un mero objeto de tratamiento.

Pensar el hospital desde esta perspectiva, permite apreciarlo como un lugar en donde los pacientes pueden ser escuchados y no sólo considerarlo como un lugar de intervención médica. Considerando la intervención analítica es posible evitar que el paciente sea visto como un objeto, en donde podrá emerger desde su singularidad por medio de la palabra.

Capítulo 5: Metodología

Enfoque

La investigación se desarrollará bajo un enfoque cualitativo, ya que este permite comprender la experiencia de los pacientes hospitalizados desde su propio discurso y subjetividad (Hernández et al., 2014). señalan que “el enfoque cualitativo es adecuado para estudiar fenómenos complejos que involucran significados, percepciones y experiencias humanas, permitiendo comprenderlos en su contexto natural” (p. 32).

A diferencia del enfoque cuantitativo, que busca medir variables o establecer relaciones estadísticas, el enfoque cualitativo otorga centralidad a las narrativas singulares y a la interpretación de los significados que los sujetos construyen alrededor de su padecimiento. De esta forma, el análisis no se limita a categorías predefinidas, sino que permite captar la complejidad de fenómenos como el miedo a la muerte, las fantasías inconscientes y la relación con el cuerpo enfermo (Hernández et al., 2014, p. 2). Este enfoque resulta pertinente en tanto que la vivencia de la enfermedad y la hospitalización es única en cada paciente y sólo puede ser entendida desde la riqueza de su propio relato.

Paradigma

El estudio se enmarca en el paradigma interpretativo, que sostiene que la realidad no es un hecho objetivo y externo, sino una construcción social y simbólica producida por el lenguaje, las creencias y las interacciones. Vasilachis (2006) sostiene que “el paradigma interpretativo enfatiza la construcción de significados por parte de los actores sociales y reconoce la importancia de la subjetividad en la investigación cualitativa” (p. 18). Dentro de este paradigma, el conocimiento no se concibe como la descripción de hechos observables, sino como una co-construcción entre el investigador y el sujeto, en la cual emergen sentidos profundos.

En este caso, el paradigma interpretativo se articulará con el modelo clínico psicoanalítico, reconociendo la importancia de la transferencia en el trabajo analítico. En esta línea, el investigador no se limita a observar desde fuera, sino que se

“implica” éticamente, tal como lo plantea Etchegoyen (1986) al definir que “el entrevistador es un observador participante, porque su sola presencia en el campo modifica el objeto de observación” (p. 55), permitiendo así analizar cómo los sujetos significan su malestar.

Método

El método de investigación seleccionado fue de tipo descriptivo, dado que el propósito central del estudio es detallar las características de la posición subjetiva de los pacientes hospitalizados frente a la pérdida de autonomía, sin buscar establecer relaciones causales. Este enfoque permite abordar con profundidad las particularidades de la relación del sujeto con su cuerpo y con el Otro institucional. Al respecto, Hernández-Sampieri et al. (2014) señalan que los estudios descriptivos “pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas” (p. 92).

La elección de este tipo de estudio se basa en la utilidad para el presente trabajo. Así como mencionan los autores, “los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación” (Hernández- Sampieri et al., 2014, p. 92). Esto es de suma importancia ya que el presente trabajo, tiene como objetivo poder comprender las dimensiones subjetivas del paciente, tales como: la angustia, dependencia, singularidad, fantasías, etc. Todo esto sin caer en el campo de medición por parte del área médica.

Asimismo, se sigue la lógica planteada por Hernández et al. (2014) cuando ejemplifican la labor clínica:

Lo mismo ocurre con el psicólogo clínico que tiene como fin describir la personalidad de un individuo. Se limitará a medir sus dimensiones (hipocondría, depresión, histeria, masculinidad-feminidad, introversión social, etc.), para posteriormente describirla. No le interesa analizar si mayor depresión se relaciona con mayor introversión social; en cambio,

si pretendiera establecer relaciones entre dimensiones o asociar la personalidad con la agresividad del individuo, su estudio sería básicamente correlacional y no descriptivo. (p. 92)

Bajo esta premisa, y siguiendo el criterio de que el investigador debe tener claridad sobre su objeto de estudio, el presente estudio ha definido con claridad qué aspectos específicos se analizarán. No se trata de medir cifras, sino de indagar cómo los pacientes experimentan la institucionalización: específicamente, cómo viven la entrega de sus decisiones al equipo médico y la sensación de perder su identidad personal tras el diagnóstico. Todo esto, dentro de la población de las áreas de Neurología y Oncología, con el fin de analizar las respuestas subjetivas frente a la pérdida de autonomía.

Técnicas e instrumentos

Para el presente trabajo se utilizaron dos instrumentos claves: el análisis bibliográfico y la casuística a través del estudio de casos observados en un hospital de Guayaquil.

En primer lugar, para el desarrollo de esta investigación, se seleccionaron diversos artículos científicos, libros de autores clásicos y contemporáneos y otras fuentes académicas que aportaron en gran manera la elaboración de la investigación. Añadiendo conceptos claves para el análisis del tema propuesto en el trabajo. Así como señalan los autores Hernández-Sampieri et al. (2018), “los instrumentos son recursos que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente” (p. 199), lo que subraya la importancia de la selección y adecuación a los objetivos del estudio. Esta herramienta permitió el procesamiento profundo de la información recolectada. Al respecto, Gómez-Luna et al. (2014) destacan que la estructuración y sistematización de esta búsqueda “constituye una etapa fundamental de todo proyecto de investigación y debe garantizar la obtención de la información más relevante en el campo de estudio, de un universo de documentos que puede ser muy extenso” (p. 1).

En segundo lugar, se implementó el uso de casuística mediante el estudio de casos, estudiados a partir de las prácticas efectuadas en un Hospital de Guayaquil.

Aquellos casos fueron contruidos a partir de intervenciones reales, obteniendo como resultado: manifestaciones sobre el malestar, signifacantes en torno a la pérdida subjetiva, dinámicas familiares para conocer de mejor manera el malestar y observaciones de los recursos simbólicos de los pacientes frente a esta pérdida subjetiva de autonomía.

Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por pacientes hospitalizados en las áreas de Neurología y Oncología de un hospital de Guayaquil, con edades comprendidas entre los 40 y 65 años, quienes debido a su hospitalización atravesaron una situación de pérdida de autonomía. Hernández, et al. (2014) dirán que “una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p. 174). En este sentido, resulta preferible “establecer con claridad las características de la población, con la finalidad de delimitar cuáles serán los parámetros muestrales” (p. 174).

En cuanto a la muestra, se tomó en consideración la definición de los mismos autores, quienes señalan: “Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población” (p. 175). La elección de este subconjunto fue de carácter no probabilístico, ya que para los fines de esta investigación no se buscó una representatividad estadística, sino una profundidad en el análisis de las vivencias. Por lo tanto, se trabajó con 2 casos de pacientes que, durante el tiempo de hospitalización, presentaron una disposición al diálogo y cuyas experiencias permitieron ilustrar de manera clara las respuestas subjetivas que surgen frente a la pérdida de autonomía en la institución.

Capítulo 6: Presentación y Análisis de Resultados

En este capítulo se presentan dos casos de pacientes hospitalizados, identificados con las iniciales M.C e I. C. Ambos bajo las coordenadas de anonimato. Han sido seleccionados por adecuarse de mejor manera a las fuentes teóricas y la singularidad de sus discursos permitió encontrar una relación directa con la problemática de la presente investigación.

De esta manera, el trabajo busca desglosar las variables fundamentales: la posición y las respuestas subjetivas del paciente frente a la hospitalización y pérdida de autonomía, por otro lado la transferencia que se genera en el ámbito hospitalario. Con el aporte de los casos, se busca dar a conocer la importancia del psicólogo dentro de la institución y cómo con las herramientas apropiadas puede alojar al sujeto permitiendo que pueda exteriorizar su malestar.

Caso M.C

El caso de M.C., paciente de 63 años y chef de oficio, ingresado al área de Neurología ante la presencia de una posible segunda amputación por complicaciones de diabetes, crea un paradigma clínico apto para interrogar los efectos subjetivos de la pérdida de autonomía. Más allá de la restricción motriz, la hospitalización pudo haberle marcado un tipo de crisis estructural, en un sujeto que “siempre intentó proveer”, y que hoy se ve confrontado con la angustia de la inmovilidad tras la hospitalización.

Para comprender la posición de M.C, es fundamental entender el modo en que se relacionaba con su enfermedad antes de la hospitalización. M.C menciona que, aún con la infección en su pie (causada por diabetes), mantuvo actividad constante relacionada al trabajo, cocinaba para eventos y compromisos entre sus amigos. Esta información no debe ser considerada como un simple descuido, sino como una negación. Se podría mencionar que posiblemente, para M.C., la actividad productiva funcionaba como una defensa maníaca, según la *Encyclopedia Manic Defenses* (2026): “El concepto de defensas maníacas fue introducido por Melanie Klein como una extensión de las ideas de Freud sobre la manía” (párr. 1). Esto quiere decir que

necesitaba mantenerse en movimiento constante para no tener que escuchar lo que sucedía en su cuerpo. El constante mandato de “tener que cumplir con el trabajo” operaba como un imperativo feroz que silenciaba el dolor físico. En este sentido, su cuerpo no era tratado como un organismo vivo que requiere cuidado, sino como una máquina que debía funcionar a cualquier costo.

Es fundamental diferenciar la posición subjetiva de M.C. frente a su primera amputación en relación a su segunda intervención. Según su relato, tras la primera amputación logró sostenerse anímicamente gracias a que pudo reinsertarse rápidamente en su trabajo él menciona: “seguía moviéndome, no paraba de trabajar”. Allí lo que parecía haber sido perdido subjetivamente, fue suplido con el exceso de actividad. Sin embargo, la situación actual marca un punto que resuena.

Para él, pensar en estar tanto tiempo sin caminar de manera autónoma y ocupar una silla de ruedas concentra gran angustia. Este objeto tiene una representación simbólica de perder gran parte de su autonomía. Esto se centra ya que menciona : “*Recuerdo que los últimos días de mi madre eran en silla de ruedas y ella prácticamente no podía hacer nada sin la ayuda de mi hermana*”. Para alguien que construyó su identidad en la capacidad de *hacer para otros* (cocinar, servir), la perspectiva de tener que *ser servido* o empujado por otro se vive como una pérdida. El miedo a tener que utilizar una silla posiblemente se deba al terror de quedar reducido a un objeto de cuidado, perdiendo la identidad que la autonomía le brindaba.

Este duelo por la autonomía se agudiza y cobra un rostro real en la figura de su hermana, quien ha asumido el rol de cuidadora principal. Lejos de ser una figura de alivio, él menciona que la hermana aparece en el discurso de M.C. ejerciendo un control constante que vira hacia el reproche moralizante: “*Esto es por tu culpa, no te cuidaste*”. Al perder su capacidad de autogestión, M.C. queda a merced de este Otro que lo juzga. El paciente, antes un hombre proveedor y activo, pasa a ocupar la posición de alguien a quien se le está regañando y la mirada de una figura materna (ahora encarnada en la hermana) que lo invalida. El terror a la silla de ruedas posiblemente adquiere una nueva dimensión: es el terror a quedar fijado, sin posibilidad de escape, bajo el mando de un familiar que le recuerda constantemente su falta y su “culpa”, anulando su voz y su deseo.

Ante una ausencia puntual de quien le otorgaba las sesiones psicológicas, M.C. reaccionó con una frase reveladora: *“Usted me abandonó”*. Esto que se presenta como “reclamo” se permite leer de otra forma, indicando su angustia. De sus significantes de “hombre fuerte que trabaja enfermo”, emerge un sujeto en estado de desamparo. La frase denuncia que posiblemente M.C. siente no tener los recursos adecuados para velar por sí mismo, incluso si el Otro se retira, él se derrumba. Esto indica que posiblemente la autonomía que mostraba trabajando, ocultaba una gran dependencia estructural, que ahora queda expuesta al enfrentarse a la hospitalización.

Caso I.C

Caso del paciente I.C., de 45 años, ingresó al área de Neurología presentando una repentina pérdida de movilidad en sus piernas acompañada de dolor intenso. Relata que el síntoma apareció *“de un día para otro”* sin causa orgánica evidente, coincidiendo temporalmente con una ruptura amorosa que él significa como un abandono: *“ella me dejó, me abandonó”*.

La posición de I.C. frente al Otro se enmarca en una historia familiar marcada por padres con un fuerte compromiso religioso y solidario, a quienes recuerda porque *“siempre ayudaban a los demás”*. Tras la muerte de estos, el lazo familiar se dispersó, dejando a I.C. en soledad, como menciona él. Durante las sesiones se pudo observar que bajo su discurso existe una identificación con este mandato de *“darlo todo”*, que I.C. traslada a sus relaciones de pareja bajo una lógica de sacrificio: *“yo les arreglaba la casa, les daba de comer, pero siempre me pagaban mal”*. Su queja sobre las infidelidades constantes revela una posición subjetiva donde él se ofrece como objeto de uso para el Otro con tal de mantener el vínculo, priorizando ser “necesitado” antes que ser deseado.

Desde la perspectiva freudiana, este cuadro se lee en clave de histeria: “las proteicas manifestaciones de la histeria parecen ordenarse [...] cuando las representaciones reprimidas hablan a través del cuerpo” (Álvarez, 2017, p. 55). El cuerpo de I.C. “toma la palabra” allí donde él no puede tramitar el duelo por la ruptura. Asimismo, el caso ilustra rasgos de la histeria masculina, caracterizada a menudo por una posición pasiva frente al deseo femenino. Como señala Mollo

(2021), en estos casos “se pone en relieve la dificultad al quedar siempre reducido a “una sombra que va detrás”” (p. 31). I.C. prefiere quedarse en esa posición, aceptando incluso las infidelidades, antes que enfrentarse a la soledad.

Sin embargo, la hospitalización, que duró 7 meses, señala una dimensión más profunda del conflicto. Se detectó que la parálisis opera como una posible defensa contra la angustia de la soledad. Antes de la enfermedad, I.C. menciona que era un hombre independiente; no obstante, el síntoma aparece el día en que su pareja le menciona que ya no quería seguir con él en la relación. El síntoma lo empuja a una posible posición de dependencia absoluta. I.C. refiere explícitamente que *"su familia son los demás pacientes de la habitación"* y manifiesta el afecto hacia el personal médico. Esto sugiere que la recuperación física se ha vuelto, fantasmáticamente, una amenaza: curarse implica volver a una casa vacía. Así, el hospital funciona como un suplente del Otro. El miedo a "seguir con su vida" es, en realidad, el terror a enfrentarse a su propia falta sin la muleta imaginaria que le ofrece la institución.

La dirección de la cura apunta a conmover esta comodidad en la enfermedad. Si bien se alojó su padecer, la intervención buscó no responder desde la demanda de “asistencia”, sino interrogar ese goce de quedarse paralizado. El objetivo es que I.C. pueda separar la soledad física del desamparo subjetivo, y construya un deseo que lo impulse a la vida fuera del hospital, en lugar de hacer de su cuerpo un objeto para ser cuidado.

Análisis del Estudio de Casos

Al realizar una lectura conjunta de los casos M.C. e I.C., es posible plantear la hipótesis de que la crisis de autonomía que ambos enfrentan en el hospital no sería un hecho absolutamente nuevo, sino que tal vez la enfermedad venga a revelar una fragilidad de sí mismos que ya preexistía. Se podría decir que la autonomía subjetiva de ambos pacientes ya se encontraba comprometida mucho antes del ingreso, al haberse entregado excesivamente a las demandas del Otro.

En el caso de M.C., esta pérdida de autonomía podría leerse en la paradoja del “chef que alimenta a otros pero no se cuida a sí mismo”. El hecho de mantenerse

trabajando con una infección avanzada sugiere que su voluntad no le pertenecía del todo, sino que parecía estar arraigada a la función de producir alimentos constantes. Es posible pensar que su “autonomía” laboral era, una forma de servicio: M.C. no decidía parar ni cuidarse porque el significante de “cumplir” dominaba su vida. Así, la silla de ruedas no solo le quita el movimiento físico, sino que denuncia esa falta de soberanía sobre su propia vida que ya estaba presente.

De manera similar, en el caso de I.C., la dificultad para ejercer su autonomía parece repetirse en el plano afectivo. Su historial de sacrificios ("arreglarles la vida", soportar infidelidades) permite pensar en un sujeto que quizás renunció a su propia dignidad y deseo con tal de sostener el vínculo. Esto indicaría que I.C. posiblemente no poseía una autonomía emocional real, sino que dependía de ser "necesitado" por el Otro para sentirse valioso. La parálisis física, entonces, podría interpretarse como la materialización de esa dependencia: al quedarse quieto, el sujeto se enfrenta al terror de no tener un deseo propio que lo mueva más allá de la demanda de su pareja o del hospital.

En conclusión, lo traumático de la hospitalización para ambos no radicaría únicamente en la restricción física, sino en que la enfermedad parece movilizar lo que creían de “autonomía”. El síntoma (la amputación o la parálisis) detiene forzosamente este sacrificio, dejando al descubierto que, ninguno de los dos ejercía una verdadera autonomía sobre su deseo, sino que vivían en función de lo que el Otro esperaba de ellos.

Cabe mencionar que en el apartado de **Anexos** se adjuntarán los casos sin los análisis respectivos para mantener la viñeta intacta sin agregar propuestas de lecturas mayormente elaboradas.

Conclusiones

Al finalizar la presente investigación y luego de articular diversos análisis teóricos con los casos expuestos de los pacientes M.C e I.C en un hospital de Guayaquil, se llevaron a cabo las siguientes conclusiones que permitieron dar respuesta a los cuestionamientos planteados al inicio de la investigación.

Acerca de la diferenciación entre Independencia Funcional y Autonomía Subjetiva. De esto, se constató que la recuperación de las funciones motoras, como caminar, hacer sus necesidades sin ayuda y alimentarse solo, no es resultado de que el sujeto sea “independiente”. A lo largo de este trabajo se evidenció el concepto de “falso éxito”: pacientes que son dados de alta por recuperar su movilidad, pero quedan capturados en una posición de desamparo subjetivo, siendo incapaces de optar por su propio deseo. Es por esto que, se evidenció que la pérdida de autonomía no se limita a sólo la incapacidad física, sino que hace referencia a una pérdida de identidad. El sujeto sufre ya que al perder el control de su cuerpo, ha perdido de igual manera la autoridad sobre su historia, su cuerpo y sus decisiones.

Por otro lado, se habla sobre la autonomía desde un lugar primario. La autonomía no es una habilidad innata, sino que tiene relación estrecha con el vínculo primario con la figura materna. La investigación permitió establecer que la verdadera autonomía no se trata de aislamiento, sino haber logrado la “capacidad de estar solo” en presencia del Otro; esto quiere decir: contar con la seguridad interna de que no se será abandonado. Si se lleva esto al contexto hospitalario, se determinó que, cuando la institución falla en brindar ese amparo y deja al sujeto en una soledad desatendida, no se fomenta su independencia, sino que se reactiva una angustia de desamparo. Así, el paciente pierde su autonomía porque pierde la confianza en el entorno.

En relación a la hospitalización como *disrupción biográfica*, se determinó que en estancias prolongadas como las que Neurología y Oncología, no se presenta sólo una crisis del cuerpo frente a la enfermedad, sino como una disrupción biográfica. La enfermedad se hace presente como una herida de desamparo. En los casos presentados, se observó que se presenta un duelo por la pérdida de “sí mismo”. Al ser

despojados de sus roles cotidianos, la identidad se tambalea, presentándose angustia, así cayendo a un vacío de significación, donde las palabras cotidianas no alcanzan a nombrar su nueva realidad, quedando como resultado; dificultad para reconocer su imagen.

Sobre el cuerpo y la “intimidad”, el análisis demostró que la lógica del hospital produce una dimensión violenta entre el cuerpo biológico (trabajado por la medicina) y el cuerpo habitado por el sujeto. En base a la revisión de artículos científicos se pudo observar como los amplios procedimientos, rutinas de cuidados, reducen al paciente a ser “un objeto a reparar”. Esta dinámica dentro de la institución produce un malestar en el paciente: el cuerpo deja de sentirlo como propio y llega a sentirlo ajeno, siendo manipulado por el saber médico. Esta situación es uno de los factores que determinan la “pérdida de autonomía”, ya que empuja al paciente a una posición de vulnerabilidad, donde la vergüenza determina su situación y queda silenciado en sus capacidades.

Asimismo un tema de relevancia es la pasividad en relación al sistema hospitalario. Se llegó a la conclusión de cómo dentro de la institución hay protocolos y se encuentra regido por la urgencia, muchas veces esto tiende a quedar establecido como una ley absoluta que demanda que todos quienes entren en el sistema hospitalario tengan que adaptarse.

Se observó que hay ciertos protocolos como el consentimiento informado, diseñado para proteger la voluntad del paciente, en la práctica puede ser visto como un simple papeleo, convirtiéndose en trámites que no alojan el verdadero deseo del paciente. El paciente, frente al temor de las circunstancias, termina aceptando las decisiones vitales, lo cual si se ve desde un punto externo, esto no refleja una verdadera elección, sino un síndrome de pasividad, donde la voz del sujeto queda anulada.

Finalmente, se habla sobre la importancia del psicólogo clínico dentro del hospital. Frente a protocolos, la escucha analítica introduce un cuestionamiento importante en el paciente. Se concluye la importancia del trabajo clínico, el cual permitirá alojar la singularidad del paciente en relación a su malestar. Todo esto es posible mediante la transferencia, gracias a esto el paciente puede dejar de

posicionarse como un objeto y nombrar su sufrimiento. La intervención propiciará el trabajo de una reconstrucción subjetiva, con la finalidad de reescribir su autonomía en torno a las marcas de la hospitalización.

Referencias

- Álvarez, J. M. (2017). Estudios de psicología patológica. Xoroi Edicions.
- Amorós Cerdá, S. M., Arévalo Rubert, M. J., Maqueda Palau, M., & Pérez Juan, E. (2008). Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 19(4), 178-189.
- Beca Infante, J. P. (2017). La autonomía del paciente en la práctica clínica [Editorial]. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 33(4), 269-271. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482017000400269>
- Braunstein, N. A. (2008). Memoria y espanto o el recuerdo de infancia. Siglo XXI Editores.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167–182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939> (Nota: Corregí "Enterrar, METRO" porque era una mala traducción automática del autor original Michael Bury).
- Charmaz, K. (1983). La pérdida del yo: Una forma fundamental de sufrimiento en los enfermos crónicos. <https://es.scribd.com/document/631583033/Kathy-Charmaz-La-perdida-del-y-o>
- Defensas Maníacas. (2026) Diccionario Internacional de Psicoanálisis . Recuperado el 2 de febrero de 2026 de Encyclopedia.com: <https://www.encyclopedia.com/psychology/dictionaries-thesauruses-pictures-and-press-releases/manic-defenses>
- Dolto, F. (1994). La imagen inconsciente del cuerpo. Paidós.
- Etchegoyen, H. (1986). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Amorrortu. Evans, D. (2007). Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano. Paidós.
- Falcón, J. (2025). La estancia hospitalaria prolongada: un desafío en la gestión hospitalaria y un objetivo en salud pública. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina*

Interna, 12(1), 1-2.

Freud, S. (1937). Construcciones en el análisis. En Obras completas (Vol. 23, pp.255-270). Amorrortu.

Freud, S. (1979). Una dificultad del psicoanálisis. En Obras completas (Vol. 17). Amorrortu.

Freud, S. (1980). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En Obras completas (Vol. 12, pp. 109–120). Amorrortu.

Freud, S. (1980). Sobre la dinámica de la transferencia. En Obras completas (Vol. 12, pp. 93-108). Amorrortu.

Gómez-Luna, E., Fernando-Navas, D., Aponte-Mayor, G., & Betancourt-Buitrago, L. (2014). Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. *Dyna*, 81(184),158-163. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0012-73532014000200021

Gutiérrez, B., Caraballo Núñez, M. A., Luque Pérez, M., & Muñoz Segura, R. (2009). El aumento de la independencia de los pacientes en el hospital. *Enfermería Global*, 8(16). <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/clinica3.pdf>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill.

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (7.^a ed.). McGraw-Hill.

Kaës, R. (1993). *El grupo y el sujeto del grupo: Elementos para una teoría psicoanalítica del grupo*. Amorrortu.

Kugler, M. V. (2018). Psicoanálisis y hospital: la clínica más allá de las normas. En X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000->

- Lacan, J. (1987). El Seminario, Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Paidós. (Obra original publicada en 1964).
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1996). Diccionario de psicoanálisis. Paidós.
- Laurent, É. (1999). El niño y su madre. En Hay un fin de análisis para los niños (pp.13-21). Colección Diva.
- MedlinePlus. (2019, 28 de agosto). Examen neurológico. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. <https://medlineplus.gov/spanish/>
- Millas, D. (2015). El psicoanálisis pensado desde la psicosis (1.^a ed. adaptada). Grama Ediciones.
- Miller, J.-A. (1998). La imagen del cuerpo en psicoanálisis. Paidós.
- Morgan, D. J., & Burholt, V. (2020). Loneliness as a biographical disruption: Theoretical implications for understanding changes in loneliness. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(9), 2029–2039. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa097>
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. U.S. Department of Health, Education, and Welfare. https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf
- Peña-Ortiz, L. M., Hernández-Moncada, Y. A., & Morales-Morales, J. M. (2019). Latido de vida: vivencias del paciente con enfermedad cardiovascular en una unidad de cuidado intensivo. *Revista Ciencia y Cuidado*, 16(2), 19-30.
- Planes, M. (1992). Influencia del estrés en el padecimiento de la migraña. *Anuario de Psicología*, (54), 97-108.
- Real Academia Española. (2023). Autonomía. En *Diccionario de la lengua española*.

<https://dle.rae.es/autonom%C3%ADa>

Ruiz Carrillo, E., & Estrevel Rivera, L. B. (2008). Construcción del sujeto e ideología social.

Tiempo de Educar, 9(18), 183–198.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31111811002>

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2011). A Self-Determination Theory Perspective on Social,

Institutional, Cultural, and Economic Supports for Autonomy and Their Importance

for Well-Being. En V. I. Chirkov, R. M. Ryan, & K. M. Sheldon (Eds.), *Human*

Autonomy in Cross-Cultural Context (pp. 45-64). Springer.

<https://www.sciencedirect.com/science/chapter/monograph/abs/pii/B9780123>

850799000060

Secretaría Nacional de Planificación. (2021). Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025.

Gobierno de la República del Ecuador. [https://www.planificacion.gob.ec/wp-](https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-deCreaci%C3%B3n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf)

[content/uploads/2021/09/Plan-deCreaci](https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-deCreaci%C3%B3n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf)

[o%CC%81n-de-Oportunidades-2021-2025-](https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-deCreaci%C3%B3n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf)

[Aprobado.pdf](https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-deCreaci%C3%B3n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf)

Shih, C.-Y., Hu, W.-Y., Lee, L.-T., Yao, C.-A., & Chen, C.-Y. (2018). The experience of

receiving a diagnosis of cancer: A qualitative study of patients' emotional responses

and relational coping. *European Journal of Cancer Care*, 27(2), e12700.

Simone, A. (2024). *El poder del psicoanálisis en la urgencia* (1.^a ed.). Universidad del

Aconcagua.

Toledo Jofré, M. I. (2012). Sobre la construcción de la identidad. *Atenea*, 506, 43–56.

<https://doi.org/10.4067/S0718-04622012000200004>

Trusson, D., Pilnick, A., & Roy, S. (2016). A new normal?: Women's experiences of

biographical disruption and liminality following treatment for early stage breast

cancer. *Social Science & Medicine*, 151, 121–129.

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. (s.f.). *Dominios Institucionales*.

<https://www.ucsg.edu.ec/institutos/institutos-icseha/dominios-institucionales/>

Vasilachis, I. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Gedisa.

Winnicott, D. W. (1958). La capacidad de estar solo. En Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Paidós.

Anexos

Casos:

Caso M.C

El caso de M.C., paciente de 63 años y chef de oficio, ingresado al área de Neurología ante la presencia de una posible segunda amputación por complicaciones de diabetes, crea un paradigma clínico apto para interrogar los efectos subjetivos de la pérdida de autonomía. Más allá de la restricción motriz, la hospitalización pudo haberle marcado un tipo de crisis estructural, en un sujeto que “siempre intentó proveer”, y que hoy se ve confrontado con la angustia de la inmovilidad tras la hospitalización.

Para comprender la posición de M.C, es fundamental entender el modo en que se relacionaba con su enfermedad antes de la hospitalización. M.C menciona que, aún con la infección en su pie (causada por diabetes), mantuvo actividad constante relacionada al trabajo, cocinaba para eventos y compromisos entre sus amigos. Esta información no debe ser considerada como un simple descuido, sino como una negación. Se podría mencionar que posiblemente, para M.C., la actividad productiva funcionaba como una defensa maníaca, según la *Encyclopedia Manic Defenses* (2026): “El concepto de defensas maníacas fue introducido por Melanie Klein como una extensión de las ideas de Freud sobre la manía” (párr. 1). Esto quiere decir que necesitaba mantenerse en movimiento constante para no tener que escuchar lo que sucedía en su cuerpo. El constante mandato de “tener que cumplir con el trabajo” operaba como un imperativo feroz que silenciaba el dolor físico. En este sentido, su cuerpo no era tratado como un organismo vivo que requiere cuidado, sino como una máquina que debía funcionar a cualquier costo.

Es fundamental diferenciar la posición subjetiva de M.C. frente a su primera amputación en relación a su segunda intervención. Según su relato, tras la primera amputación logró sostenerse anímicamente gracias a que pudo reinsertarse

rápidamente en su trabajo él menciona: “seguía moviéndome, no paraba de trabajar”. Allí lo que parecía haber sido perdido subjetivamente, fue suplido con el exceso de actividad. Sin embargo, la situación actual marca un punto que resuena.

Para él, pensar en estar tanto tiempo sin caminar de manera autónoma y ocupar una silla de ruedas concentra gran angustia. Este objeto tiene una representación simbólica de perder gran parte de su autonomía. Esto se centra ya que menciona : “*Recuerdo que los últimos días de mi madre eran en silla de ruedas y ella prácticamente no podía hacer nada sin la ayuda de mi hermana*”. Para alguien que construyó su identidad en la capacidad de *hacer para otros* (cocinar, servir), la perspectiva de tener que *ser servido* o empujado por otro se vive como una pérdida. El miedo a tener que utilizar una silla posiblemente se deba al terror de quedar reducido a un objeto de cuidado, perdiendo la identidad que la autonomía le brindaba.

Este duelo por la autonomía se agudiza y cobra un rostro real en la figura de su hermana, quien ha asumido el rol de cuidadora principal. Lejos de ser una figura de alivio, él menciona que la hermana aparece en el discurso de M.C. ejerciendo un control constante que vira hacia el reproche moralizante: “*Esto es por tu culpa, no te cuidaste*”. Al perder su capacidad de autogestión, M.C. queda a merced de este Otro que lo juzga. El paciente, antes un hombre proveedor y activo, pasa a ocupar la posición de alguien a quien se le está regañando y la mirada de una figura materna (ahora encarnada en la hermana) que lo invalida. El terror a la silla de ruedas posiblemente adquiere una nueva dimensión: es el terror a quedar fijado, sin posibilidad de escape, bajo el mando de un familiar que le recuerda constantemente su falta y su “culpa”, anulando su voz y su deseo.

Ante una ausencia puntual de quien le otorgaba las sesiones psicológicas, M.C. reaccionó con una frase reveladora: “*Usted me abandonó*”. Esto que se presenta como “reclamo” se permite leer de otra forma, indicando su angustia. De sus significantes de “hombre fuerte que trabaja enfermo”, emerge un sujeto en estado de desamparo. La frase denuncia que posiblemente M.C. siente no tener los recursos adecuados para velar por sí mismo, incluso si el Otro se retira, él se derrumba. Esto indica que posiblemente la autonomía que mostraba trabajando, ocultaba una gran dependencia estructural, que ahora queda expuesta al enfrentarse a la hospitalización.

Caso I.C

Caso del paciente I.C., de 45 años, ingresó al área de Neurología presentando una repentina pérdida de movilidad en sus piernas acompañada de dolor intenso. Relata que el síntoma apareció “*de un día para otro*” sin causa orgánica evidente, coincidiendo temporalmente con una ruptura amorosa que él significa como un abandono: “*ella me dejó, me abandonó*”.

La posición de I.C. frente al Otro se enmarca en una historia familiar marcada por padres con un fuerte compromiso religioso y solidario, a quienes recuerda porque “*siempre ayudaban a los demás*”. Tras la muerte de estos, el lazo familiar se dispersó, dejando a I.C. en soledad, como menciona él. Durante las sesiones se pudo observar que bajo su discurso existe una identificación con este mandato de “*darlo todo*”, que I.C. traslada a sus relaciones de pareja bajo una lógica de sacrificio: “*yo les arreglaba la casa, les daba de comer, pero siempre me pagaban mal*”. Su queja sobre las infidelidades constantes revela una posición subjetiva donde él se ofrece como objeto de uso para el Otro con tal de mantener el vínculo, priorizando ser “necesitado” antes que ser deseado.

Desde la perspectiva freudiana, este cuadro se lee en clave de histeria: “las proteicas manifestaciones de la histeria parecen ordenarse [...] cuando las representaciones reprimidas hablan a través del cuerpo” (Álvarez, 2017, p. 55). El cuerpo de I.C. “toma la palabra” allí donde él no puede tramitar el duelo por la ruptura. Asimismo, el caso ilustra rasgos de la histeria masculina, caracterizada a menudo por una posición pasiva frente al deseo femenino. Como señala Mollo (2021), en estos casos “se pone en relieve la dificultad al quedar siempre reducido a “una sombra que va detrás”” (p. 31). I.C. prefiere quedarse en esa posición, aceptando incluso las infidelidades, antes que enfrentarse a la soledad.

Sin embargo, la hospitalización, que duró 7 meses, señala una dimensión más profunda del conflicto. Se detectó que la parálisis opera como una posible defensa contra la angustia de la soledad. Antes de la enfermedad, I.C. menciona que era un hombre independiente; no obstante, el síntoma aparece el día en que su pareja le menciona que ya no quería seguir con él en la relación. El síntoma lo empuja a una

posible posición de dependencia absoluta. I.C refiere explícitamente que *"su familia son los demás pacientes de la habitación"* y manifiesta el afecto hacia el personal médico. Esto sugiere que la recuperación física se ha vuelto, fantasmáticamente, una amenaza: curarse implica volver a una casa vacía. Así, el hospital funciona como un suplente del Otro. El miedo a "seguir con su vida" es, en realidad, el terror a enfrentarse a su propia falta sin la muleta imaginaria que le ofrece la institución.

La dirección de la cura apunta a conmover esta comodidad en la enfermedad. Si bien se alojó su padecer, la intervención buscó no responder desde la demanda de "asistencia", sino interrogar ese goce de quedarse paralizado. El objetivo es que I.C. pueda separar la soledad física del desamparo subjetivo, y construya un deseo que lo impulse a la vida fuera del hospital, en lugar de hacer de su cuerpo un objeto para ser cuidado.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Monreal Zúñiga, Natalia Jesús**, con C.C: #0965527021 autora del trabajo de titulación: **La subjetividad de pacientes hospitalizados frente a la pérdida de autonomía** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 18 de febrero de 2026

f. _____
Nombre: **Monreal Zúñiga, Natalia Jesús**
C.C: **0965527021**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	La subjetividad de pacientes hospitalizados frente a la pérdida de autonomía.		
AUTOR(ES)	Monreal Zúñiga, Natalia Jesús		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psic. Cl. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Psicología, Educación y Comunicación.		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	18 de febrero de 2026	No. DE PÁGINAS:	61
ÁREAS TEMÁTICAS:	Hospitalización, subjetividad, pérdida de autonomía		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hospitalización, autonomía, transferencia, cuerpo, subjetividad, discurso médico		

El presente trabajo de investigación abordó la subjetividad frente a la pérdida de autonomía en pacientes hospitalizados en el área de Neurología y Oncología en un hospital de Guayaquil. La importancia del trabajo se estableció en la urgencia de observar las diferencias entre los protocolos institucionales, centrados en la recuperación biológica, y por otro lado, la dimensión subjetiva de los pacientes; muchas veces silenciada por la urgencia del hospital. El objetivo general fue comprender las respuestas subjetivas frente a la pérdida de autonomía, haciendo una diferenciación de una limitación física. En relación a la metodología, se optó un enfoque cualitativo bajo un paradigma interpretativo y un método descriptivo, para los instrumentos se usó el análisis bibliográfico y la casuística a través de estudios de casos (M.C e I.C). Como resultados se pudo apreciar una distinción significativa sobre lo que era la independencia funcional (poder comer solo, moverse sin ayuda) y la autonomía subjetiva (sobre lo que el paciente siente tener el control). Dentro de los estudios, se pudo evidenciar que recuperar la función motora no es lo mismo que recuperar la identidad perdida. Finalmente, se concluyó que la intervención psicoanalítica ayudó a alojar la singularidad del sufrimiento del paciente, permitiendo así la reconstrucción subjetiva, más allá de las consecuencias físicas.

ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593985043824	E-mail: natalia.monreal@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Colmont Martínez, Marcia Ivette, Mgs.	
	Teléfono: +593-4-2209210	
	E-mail: marcia.colmont@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	