

Villalba, Guadalupe

**El abordaje psicológico en
pacientes con enfermedades
orgánicas en un hospital
polivalente de la ciudad de
Córdoba**

**Tesis para la obtención del título de
grado de Licenciada en Psicología**

Directora: Uribarren, María Aranzazu

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD LICENCIATURA
EN PSICOLOGÍA**

**TRABAJO INTEGRADOR FINAL
SISTEMATIZACIÓN DE PRÁCTICAS**

**“EL ABORDAJE PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES
ORGÁNICAS EN UN HOSPITAL POLIVALENTE DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA”**

Alumna:

Villalba, Guadalupe DNI.

42.160.316

Directora:

Uribarren, María Aranzazu MP:

2881

AGRADECIMIENTOS

A Dios, mi Maestro, Amigo y Señor, por quién he llegado hasta aquí, quien me condujo y abrió camino en cada paso que di, Quien me llamó por mi nombre y Quien me lo ha dado todo. Todo sea para Su mayor gloria y alabanza.

A mis padres que desde el comienzo me acompañaron y apoyaron a lo largo de todo mi paso por la Facultad, brindándome todo lo necesario para concluir este camino.

A mi comunidad, la Asociación San Juan Apóstol, que me ha dado tanto, que me confirma en esta vocación de servicio, dándome herramientas y formación para realizarla con humildad, magnanimidad, y para el bien de otros.

A todo el servicio de Salud Mental del Hospital Córdoba, por recibirme tan cálida y abiertamente, dándome lugar a participar de su noble tarea de asistir en la asistencia.

A la Lic. María Aranzazu Uribarren, por acompañarme tan de cerca todos estos años, incluso antes de comenzar a estudiar. Por enseñarme con su ejemplo la nobleza, la belleza y la profundidad de esta tarea que nos compete. Por su apoyo incondicional.

A la Lic. María Rosa Buteler, por enseñarme sobre el compromiso con el que sufre, por su entrega gratuita a lo que le apasiona, por su humildad en la realización de su trabajo, y su gran apoyo.

Por último, a todos los pacientes que hicieron posible este trabajo, brindándome su apoyo, su voz, su historia, su cercanía. Que me permitieron acercarme un poco a su lugar más vulnerable y más fuerte, su corazón.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. CONTEXTO DE PRÁCTICA	8
2.1 DEFINIENDO LA PRÁCTICA CLÍNICA PSICOLÓGICA.....	9
2.2 TRANSFORMACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA PSICOLÓGICA EN EL TIEMPO ...	10
2.3 LA MIRADA CLÍNICA	13
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL	15
3.1. HOSPITAL PÚBLICO Y DE ALTA COMPLEJIDAD	16
3.2 EL SURGIMIENTO DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL	17
3.3 ACTUALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL	19
3.4 ORGANIGRAMA	23
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	25
5. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	27
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	28
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
6. PERSPECTIVA TEÓRICA	29
6.1 LA PERSONA COMO “UNITAS MULTIPLEX”	30
6.2 ¿CÓMO ENFERMAMOS?.....	31
6.3 VINCULACIÓN MENTE-CUERPO	32
6.4 DISPOSICIÓN Y AZAR	35
6.5 SUBJETIVIDAD Y DUELO.....	37
6.6 CRUZANDO EL UMBRAL DEL DOLOR.....	40
6.7 ABORDAJE PSICOLÓGICO	42
6.8 LA INTERCONSULTA MÉDICO - PSICOLÓGICA EN EL HOSPITAL POLIVALENTE	46
7. MODALIDAD DE TRABAJO	50
7.1 MODALIDAD DE TRABAJO Y TÉCNICA DE RECOLECCION	51
7.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	52
7.3 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.....	53
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	55
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	57
8.2 ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	61
8.2.1 LAS DIFERENTES DIMENSIONES DEL ENFERMAR.....	62

8.2.2 VIVENCIAR ACCIDENTAL, FACTORES PREDISPONENTES Y AZAR EN EL SURGIMIENTO DE LA ENFERMEDAD.....	68
8.2.3 MÁS ALLÁ DEL CUERPO	75
8.2.4 PRÁCTICA DE LA SUBJETIVIDAD EN TERRITORIO MÉDICO.....	82
8.2.5 LA INTERCONSULTA MÉDICO PSICOLÓGICA	91
9. CONSIDERACIONES FINALES	95
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
11. ANEXO	107

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, pretende dar cuenta del proceso vivido durante el año 2024, en el marco de las prácticas profesionales supervisadas, realizadas en el equipo de Salud Mental del Hospital Córdoba.

El mismo, no se reduce simplemente a una descripción de las tareas realizadas en dicha institución, sino que se extiende a un análisis crítico de las mismas, junto a un trabajo reflexivo teórico en torno a la práctica.

Para la realización del mismo, se ha ido redactando a medida que se fue viviendo, no solo el documento formal actualmente presente, sino también una recolección de datos y registros, que hoy dan lugar al trabajo completo que se presenta.

La sistematización consta de un eje elegido durante el tiempo de la práctica, a partir de lo observado y los temas de interés. Este eje guiará la mayor parte de la sistematización, ya que otra línea que se incluye, es mi inserción en el servicio de Salud Mental del Hospital Córdoba, junto con una definición del contexto de la psicología sobre el cual se desarrolla; y una breve reseña histórica de la institución y el servicio en el cual fui incluida.

En cuanto al eje elegido, y los objetivos planteados, el fin último que persigue el siguiente trabajo es poder ampliar la mirada acerca de lo que somos los humanos realmente, y poder dar cuenta de la complejidad que nos atraviesa y nos supera, ya que no alcanza una única disciplina para abarcarnos en la totalidad de lo que somos, e incluso no alcanza toda la ciencia desarrollada.

La enfermedad orgánica, abordada desde lo psicológico, es sólo una parte a descubrir de este gran misterio que es el hombre, y que nos abre paso sólo a algunas certezas y a muchas preguntas, las cuales no pretendo responderlas, sino más bien, asombrarme en el exceso de luz que es dicho misterio.

Considerando los objetivos planteados, se tratará de describir el proceso salud/enfermedad en su multicausalidad, abordando al hombre como un “unitas multiplex”, una unidad múltiple, ya que sabemos que el bienestar no depende únicamente de la curación médica. Esta descripción surgirá a partir de un marco teórico planteado, a la vez que se analizarán y traerán a colación casos concretos vistos en la institución, que intentarán acercarnos a los objetivos.

Por otro lado, considero importante poder caracterizar a dichas personas que se presentan y poder realizar una observación, seguida de una descripción, de las vivencias subjetivas que atraviesan al enfermar.

No todos atravesamos las pérdidas de igual manera, no todos asumimos la enfermedad con la misma mirada, no todos la aceptan. Hay tantas vivencias como personas en lo que

significa el proceso de enfermar, y si, bibliografía acerca de la enfermedad hay en gran medida, pero aquello que necesita cada paciente, cada persona en particular no lo dice ningún libro. Será entonces a partir de un trabajo sin prisa, pero sin pausa por parte del profesional psi, poder observar, comprender, analizar, conectar y abrir paso a una asistencia que responda a aquello que, quien se nos presenta delante nuestro, nos demanda en lo más profundo, sabiendo que, incluso en nuestra ilusión por devolver lo perdido que no lograremos, nos habremos conectado con un otro humano como uno, brindándole la posibilidad y el lugar de vivir dignamente hasta el final.

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

Es pertinente poder comprender y conocer el contexto en el cual se desarrolla la práctica realizada, para poder realizar una lectura del siguiente trabajo a partir del “lente” desde el cual se trabajó. Es por tal motivo que considero importante poder esclarecer no sólo el concepto de la Psicología Clínica, sino también otros aspectos que la componen, como lo son su historia, su objeto de estudio, sus componentes, su ámbito de aplicación, entre otros. Todos estos elementos nos permitirán tener una visión ampliada de lo que implica la práctica clínica en psicología, que va mucho más allá de lo que uno a simple oído pudiera imaginar, a la vez que nos introduce en la complejidad y multidimensionalidad de la misma.

2.1 DEFINIENDO LA PRÁCTICA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Siendo la psicología una ciencia que estudia el comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos, podemos definir a la práctica clínica en psicología como una disciplina científico profesional que tiene una identidad e historia propia. Si bien en el ámbito de la psicología el conocimiento básico es uno solo, como lo es en la medicina y otras ciencias, la psicología clínica debe integrar conocimientos de otros ámbitos, a partir de los cuales podrá realizar sus tareas de evaluación, diagnóstico, tratamiento e investigación. Estas “tareas” se encuentran entrelazadas con otros conocimientos que hacen a los trastornos psicológicos o mentales, ya que los mismos intereses que manifiesta el médico, relativos a una perspectiva unitaria (bio-psico-social) de la persona que presenta un trastorno mental, son compartidos plenamente por los psicólogos que ejercen su función profesional en este ámbito (EFPA, 2003).

Por otro lado, es importante aclarar que la psicología clínica no se ocupa únicamente del campo de la enfermedad, sino que también abarca al individuo sano, siendo la misma una disciplina que se enmarca en el ámbito de la salud; y podemos preguntarnos entonces qué significa estar “sano”, o qué es salud. La psicología clínica podrá actuar haya o no alguna patología manifiesta, ya que la salud no es ausencia de enfermedad. Es así que Lagache (1982)

explica que la psicología clínica no solo estudia el comportamiento patológico del individuo, sino también la conducta normal del mismo.

2.2 TRANSFORMACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA PSICOLÓGICA EN EL TIEMPO

La psicología clínica como disciplina cuenta con una trayectoria histórica compleja y en constante transformación. Su elaboración y desarrollo no fue fácil, se fue fraguando a lo largo del tiempo y del acontecer histórico. Sus métodos, principios, objetivos y problemas se fueron transformando, y siguen haciéndolo con el correr de los años; es por tal motivo que es difícil poder unificar en una sola caracterización a los mismos. (Buendía. J, 1991)

Como bien sabemos, el reconocimiento de la psicología ha tenido lugar de forma gradual y en medio de rivalidades profesionales, como es en el caso de los que ejercen la medicina; y el ejercicio de la misma no ha sido homogéneo, teniendo en cuenta los diferentes modelos que predominaron en los distintos momentos históricos acerca de la noción de salud/enfermedad, y la forma de asistencia.

En un primer momento, se reconoció el papel del psicólogo en lo que es aplicación de pruebas y test, pero lo que concierne al accionar como terapeutas, se debía realizar bajo supervisión médica. El psicólogo era el “asistente del médico”. Pero, como dice una frase célebre, la psicología tiene un largo pasado, pero una corta historia, y es a partir de la Segunda Guerra Mundial que comienza una acelerada y gran transformación del trabajo clínico dentro de la psicología, ya que el psicólogo clínico es incluido en los hospitales militares debido a la gran demanda que había en cuestiones de salud mental. Es en este momento donde se define al psicólogo clínico como el profesional que se dedica al diagnóstico, tratamiento e investigación de desórdenes del comportamiento, y se lo reconoce en la función terapéutica. A partir de este suceso comenzó una mayor formación de psicólogos y se les dio más empleo a aquellos que ya lo eran.

En Argentina, será a partir del año 1960 que comienza a darse un ejercicio de la profesión más allá del modelo médico-clínico. Hasta ese entonces ese era el único tipo de ejercicio de la profesión. Previamente, en 1940, quienes habían sido pioneros de la psicología en Argentina fallecen o se van del país, motivo por el cual, los cimientos de aquel espíritu

científico que los motivó a posicionar a la psicología en un lugar de ciencia esencial para la comprensión y solución de problemas humanos se fue perdiendo. Luego de ello, la carrera universitaria comienza el mismo año que un golpe militar derrocó el segundo gobierno de Juan Domingo Perón en 1955.

La Asociación Psicoanalítica Argentina, fue fundada en 1942. A comparación con el resto del mundo, la psicología en Argentina sufrió grandes vacíos, dados a partir de ciertas circunstancias, entre las cuales podemos destacar cuatro puntuales. En primer lugar, los gobiernos militares con la interrupción del sistema democrático, que convertía a la psicología en un área sospechosa y subversiva. Por otro lado, la influencia del modelo médico-clínico que aunaba en las carreras de psicología debido a la presencia de profesores que eran médicos psicoanalistas, haciendo de este marco teórico el preponderante en toda la formación universitaria. A su vez, la conversión de los alumnos en mercado para sus profesores; y por último el esfuerzo de los estudiantes y ya profesionales por construir una identidad, la cual se vinculó con la práctica médica, haciendo de ella una identidad prestada y obturando la posibilidad de explorar nuevos campos. (Safocarda, 2008)

Siguiendo con el contexto más allá de nuestro país en cuanto a la psicología clínica, por otro lado, además de la Segunda Guerra Mundial, que generó un giro en la historia de la psicología, podemos considerar otros hechos como revolucionarios de la misma.

En primer lugar, reconocemos los aportes de Pinel, quien rompió con la cadena de los alienados. Él aportó una nueva visión sobre los pacientes que se encontraban internados por su “locura”, desencadenándolos de las camillas y con una firme expectativa sobre su curación.

En segundo lugar, podemos considerar los aportes de Freud como revolucionarios. Él es quien introduce el concepto de inconsciente, poniendo de manifiesto la influencia que ejercen algunos factores psicológicos sobre perturbaciones de la conducta.

Por último, la psicología comunitaria también va a ser fuente revolucionaria de la psicología clínica, ya que permite pensar al individuo no aisladamente sino en un contexto, y haciendo foco en la necesidad de hacer cambios en lo ambiental más que en lo personal del individuo. A su vez promueve el papel de la psicología en su papel preventivo de trastornos mentales.

En la década de los sesenta, siguiendo con los aportes de Buendía, se produce un triple reconocimiento de la psicología considerando que: existen factores psicológicos que influyen en ramas de la medicina, que el psicólogo no debe reducir su actividad solamente a cuestiones

psicopatológicas, y que la psicología puede aportar nuevas concepciones sobre el concepto de salud.

Actualmente, la psicología clínica sigue sufriendo modificaciones, ya que con el devenir de los años las características de quienes demandan se transforman.

El trabajo tradicional del psicólogo siempre ha sido considerado en un consultorio aislado e independiente, habiendo en el mismo un único beneficiario. Sin embargo, en la actualidad su campo de ejercicio se está tornando hacia las instituciones, como lo son los hospitales, las clínicas, organizaciones municipales, centros comunitarios, entre otros. Esta situación cambia la posición del psicólogo clínico, considerando que el mismo debe entrar a un territorio compartido con otros profesionales de otras disciplinas, debiendo también incorporarse a un equipo de trabajo, quienes forman la red psicosocial de quien es beneficiario de la atención.

Ante esta situación podemos tomar las palabras de Uzorskis (2002) quien dice que

Cada vez que una práctica clínica llega a un *impasse* tiene dos posibilidades: desaparecer o generar una respuesta nueva. Depende de nuestra práctica y de nuestra seria dedicación el poder generar nuevos aportes al campo de la subjetividad en territorio médico. (p.193)

Este escenario, también lleva a los psicólogos a hacerse preguntas éticas en pos de reflexionar las implicaciones de su accionar en un ámbito de Salud Pública. Entran los cuestionamientos en torno a lo que es la Salud Mental, y hacia quienes están dirigidas las acciones de intervenciones en este plano. La Lic. Baralle, profesional del equipo de Salud Mental del hospital Córdoba, en su libro “Mi propia Voz” (2017), nos cuenta acerca de su ingreso a un equipo de Salud Mental en una institución pública; y comienza contando que la primer contradicción e interrogante con el cual se enfrentó fue la pregunta: ¿qué es la llamada Salud Mental?, y luego siguieron preguntas como: ¿cómo posicionarme entonces, con respecto a la llamada “Salud Mental”? ¿A dónde está el límite entre la llamada “locura” y la llamada “cordura”? Por otro lado, otra cuestión que surge en el ámbito de las instituciones públicas, como lo es el Hospital Córdoba, es la gran demanda de atención de salud mental que por sí solo el ámbito privado no puede abarcar. Y frente a esto, habrá muchos potenciales “pacientes” que nunca llegarán a ser atendidos.

Podemos pensar entonces, que el ejercicio de la psicología clínica abre sus horizontes a nuevos territorios y nuevas miradas, se abre a nuevos desafíos y nuevos saberes. Es preciso para el psicólogo clínico poder mirar al individuo en su contexto psicosocial, pudiendo crear nuevas intervenciones que hagan foco también en este ámbito, junto a los demás profesionales implicados en una institución.

2.3 LA MIRADA CLÍNICA

La psicología clínica surge de la conjunción medicina-psicología, y con el correr de los años y los avances teórico-científicos, va transformando su objeto de estudio que son los trastornos mentales, y se va topando con el desafío de diferenciar lo normal de lo patológico, asociado a la concepción salud-enfermedad. Por tal motivo hoy podemos decir que la psicología clínica no solo se ocupa del comportamiento anómalo, sino también del “normal”. (EFPA, 2003)

Esto mismo, da cuenta de la heterogeneidad que conforma el saber clínico, ya que no solo considera lo psíquico, sino también lo orgánico, lo contextual, lo espiritual. No podemos considerar al individuo aisladamente, o verlo solamente desde un punto de vista; es necesario ubicarlo en un paradigma de la complejidad, donde la psicología hará los aportes necesarios junto a otros profesionales que ayudarán al bienestar del individuo como fin de su labor; y siempre considerando la singularidad del mismo. Esto mismo implica considerar el trabajo interdisciplinario que conlleva tal fin.

Podemos identificar como principal función de la psicología clínica al estudio del comportamiento que se interesa principalmente en establecer un psicodiagnóstico, cara a identificar el trastorno, en analizar la condición psicopatológica, cara a una explicación, y en llevar a cabo un tratamiento, cara a remediar el problema y, en su caso, prevenirlo.

Es importante remarcar, que la institucionalización de la psicología se da a finales del siglo XIX, en un contexto de ciencias humanas y sociales, del cual forma parte también la psiquiatría.

Por tal motivo, ahora cabe preguntarse, qué diferencia habría en el rol del psicólogo clínico y un psiquiatra. Y frente a este cuestionamiento podemos pensar, tomando los aportes de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003), que sus funciones convergen en gran medida ya que ambos tienen por objeto de estudio los trastornos mentales y no la enfermedad. De este modo, ambas disciplinas no debieran enfrentarse sino más bien complementarse, dado que ambos están capacitados para establecer un diagnóstico y una estrategia terapéutica atinada a cada caso en particular. Sin embargo, la complementariedad estriba en la habilidad y formación del psiquiatra para hacer uso de tratamiento farmacológico, mientras que el psicólogo cuenta con la formación y las habilidades necesarias para la utilización con destreza de tratamientos psicológicos e instrumentos diagnósticos de investigación psicológica.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1. HOSPITAL PÚBLICO Y DE ALTA COMPLEJIDAD

El Hospital Córdoba es un hospital público de la provincia de Córdoba ubicado en la Av. Patria 656 teniendo ingreso a la guardia por la calle Libertad. El mismo se caracteriza por ser un hospital público, general y de alta complejidad, de tercer nivel, lo cual significa que es un hospital que se ocupa de servicios y tratamientos especializados, complejos y avanzados, que no son abordados en instituciones de atención primaria o de segundo nivel de atención. Es por esto que también es un hospital que cuenta con equipamiento específico y de tecnología avanzada que permite dicha atención.

Particularmente, el Hospital Córdoba, se destaca en la atención de neurocirugías y trasplantología. También se destaca por su servicio del Quemado, de Diabetes, su Centro de Diálisis, la Red de Infartos Agudos y su Laboratorio, siendo estos únicos en la provincia.

Entre las especialidades médicas con las que cuenta encontramos: Departamento de Cardiología, Servicio de Clínica Médica, servicio de Nefrología, servicio de Hematología, el programa de Cirugía Bariátrica, entre otros.

El Hospital Córdoba fue inaugurado el 1 de Julio de 1950 y declarado en ese día como institución proyectada hacia índices superiores de salud, respondiendo a las necesidades del momento y marcando un hito en las políticas sanitarias y sociales, en la calidad de vida y en la salud en su concepto abarcativo como derecho humano.

Cabe destacar, como bien lo hacen en la página institucional del Hospital (2016), que la alta complejidad no es lo mismo que elitismo médico, sino que la misma se da como consecuencia de los procesos y logros de la medicina primaria en su criterio de equidad y respeto al paciente.

Por otro lado, es importante remarcar el hecho de ser un hospital público. Que sea público implica que su calidad asistencial está dirigida al bien social, que la equidad es un deber ciudadano y obligación del estado. A su vez como hospital público, debe gestionar acciones sociales destinadas a todo ciudadano que lo solicite, marcando de esta manera un perfil del profesional que se desempeña en un hospital público, quien debiera contar con una vocación social, marcada por el sentido de bien común y no solo como una actividad remunerada en el sentido contractual del ejercicio de la profesión. El profesional de salud de un hospital público, es alguien a quien se le demanda poder adentrarse en las cuestiones humanas, subjetivas de

quien se tiene al frente, y no anclarse únicamente en las cuestiones científicas que acontecen. Como dijimos en el apartado anterior, es necesario poder mirar desde la lente de la complejidad de la persona, en sus múltiples y entrelazadas dimensiones.

3.2 EL SURGIMIENTO DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL

Una aproximación a la existencia de un servicio de Salud Mental del Hospital Córdoba, puede acercarse al año 1961, donde había tres licenciados en psicología, que no trabajaban propiamente en un “servicio de Salud Mental”, sino que trabajaban cada uno aisladamente adosados a un servicio del área médica. En su momento, estaban en el servicio de endocrinología, traumatología y otorrinolaringología. Cuenta la licenciada Baralle, en su libro “Mi propia voz” (2017) que:

A veces se juntaban, pero no era de forma sistemática. Eran encuentros asistémicos, sin ninguna norma, que responden más a una necesidad de amistad y de confrontar opiniones con otros colegas, que al funcionamiento institucional y formal de un servicio independiente. (p. 42)

Cuenta también la licenciada, en palabras de uno de los psicólogos que trabajaba en su momento, que el rol del psicólogo era puesto en función de un seguimiento de los tratamientos médicos para brindar psicodiagnóstico. Se realizaban entrevistas clínicas y aplicación de test. El psicólogo era considerado en su momento como un auxiliar de la medicina. A su vez, se estaba desplegando en Argentina, una lucha por parte de los psicólogos para consolidar su profesión y ganar espacio en diferentes ámbitos, como lo es el territorio médico. Tampoco eran legalmente reconocidos.

Siguiendo con los aportes de la Lic. Baralle (2017), esta realidad de la profesión psicológica también se veía reflejada en el Hospital Córdoba. En primer lugar, porque los

profesionales de la psicología trabajaban *ad honorem* y, en segundo lugar, porque los profesionales que no eran médicos no podían ocupar puestos directivos. El único que fue jefe de salud mental, quien, sí era psicólogo, fue el Dr. Salgado, ya que además de psicólogo, era también médico, lo cual le allanó el camino para poder alcanzar la jefatura en el año 1986.

Por otro lado, esta desvalorización del conocimiento psicológico se ve en la diferencia que se hacía con respecto a la psiquiatría. El conocimiento de esta disciplina si era considerado válido. Sin embargo, esta realidad fue cambiando paulatinamente. Un hecho significativo de este cambio, fue la inclusión de un consultorio psicológico en el año 1970, en los consultorios externos del hospital. Podemos pensar en términos simbólicos, que, dándole un lugar físico, también se abría un lugar a su accionar.

En el año 1973, nos cuenta la Lic. Bralle (2017), que comienza a gestarse la idea de organizar un servicio autónomo de Salud Mental en el hospital. La misma se vio interferida tanto por la institución que se resistía, como por los mismos psicólogos entre los cuales había luchas de poder.

Asimismo, no solo el ejercicio de la profesión se ponía en cuestión, sino también la formación de los mismos. Se comenzó una discusión acerca de la misma abarcando el interrogante de si debía ser formado también en lo ideológico y político. La discusión mentecuerpo fue desplazada hacia individuo-grupo, y qué relación encontraba con la psicología, la psicología social y la sociología.

Sin embargo, en 1974, asume como presidente Isabel Martínez de Perón, con quien los psicólogos no eran incluidos dentro de los profesionales de la salud, sino que “quedaban en el etcétera”. En 1975, la carrera de psicología quedó cerrada, al igual que la ley del ejercicio profesional que se estaba gestando anteriormente.

La lucha no terminó acá, sino que, con la asunción del gobierno militar en 1976, toda práctica psicológica se vio afectada. Eran vistas como peligrosas, sobre las asociadas a lo grupal, ya que eran una asociación ilícita, llevándola a la desaparición por el miedo sembrado. Fueron años difíciles, y esto se vio reflejado también en el Hospital Córdoba. La Lic. Baralle, nos comparte la experiencia de la Lic. Stella Maris Vera, quien ejercía su profesión en la institución, diciendo que, en su momento, con el contexto social descrito, muchos psicólogos fueron desempleados de las instituciones, y al interior del hospital los médicos tenían rechazo hacia los psicólogos por la incomprensión de su lenguaje. Se ocupaban sólo de atender a los pacientes que los médicos les demandaban. Una vez más se volvió a considerar al psicólogo como “auxiliar del médico”. Tampoco tenían un lugar físico para ejercer.

Otro licenciado de ese momento, el Lic. Mengarelli, (Citado en Baralle, 2017) cuenta que:

Había que hacer un trabajo muy lento. Los psicólogos estaban muy influidos por el psicoanálisis. Yo hice dos años de medicina y traté de tener un lenguaje menos teórico para que me pudieran entender... En el hospital los psicólogos estábamos muy dispersos. Se estaba queriendo buscar una unión, pero había resistencias. No había un objetivo común. (p.62)

Toda la lucha dada en este periodo de tiempo (1976 -1983), no fue en vano. Con el regreso de la democracia, se incluyó el servicio de Salud Mental al hospital general, teniendo sus primeros esbozos organizativos en el año 1986.

Los primeros años costó formar un servicio que incluyera a todos los profesionales de la salud mental. Fue recién en el 2003, con la asunción de Patricio Angulo como jefe, donde se dio por primera vez la integración de todos los psicólogos en un mismo servicio; hasta ese momento se encontraban dispersos. También fue la primera vez que un psicólogo asumió como jefe de un servicio del hospital sin ser médico. Otro logro fue la sistematización y redacción de diferentes programas, estableciendo profesionales en cada área.

En el año 2020, el Lic. Angulo se jubiló, quedando a cargo de la jefatura de Salud Mental la Lic. Marisa Saino.

Desde el año 2023, el puesto de jefatura del servicio de salud mental lo asumió la Lic. Mónica Pazo hasta el día de la fecha.

3.3 ACTUALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL

Actualmente, el servicio de Salud Mental del hospital se encuentra integrado por once profesionales de la salud mental, nueve psicólogas y tres psiquiatras. El servicio cuenta con cuatro consultorios para la atención, y desde la pandemia funciona bajo un sistema de turnos de

doce horas por profesional. De 8am a 8pm. No asisten los once profesionales todos los días, sino que tienen días asignados donde cumplen con las 12 horas referidas. Cada día cuenta con la presencia de cuatro psicólogas y un psiquiatra, habiendo un día en que una de las psiquiatras no tiene agenda abierta, sino que se dedica a la guardia e internado, a la vez que otro psiquiatra atiende por consultorio externo. Actualmente la Lic. Mónica Pazo ocupa el cargo de jefa del servicio.

Cada uno de los profesionales se encarga de un área específica de los diferentes servicios que brinda el hospital.

Entre las actividades de las que se ocupa el área de Salud Mental encontramos las siguientes:

El servicio de consultorio externo, que se da de lunes a viernes de 8 a 19 hs, que brinda atención psicológica, psiquiátrica y psicofarmacológica. Las mismas se dan a través del turnero central que asigna un turno con alguno de los profesionales del equipo. En caso de ser necesario o en caso de urgencia, los profesionales atienden a los pacientes por sobre turno, los cuales se dan por orden de llegada. Por otro lado, están las interconsultas clínicas psicológicas y psiquiátricas, de lunes a viernes de 8 a 23 hs. Estas interconsultas consisten en demandas de parte de los médicos de los diferentes servicios que brinda el hospital. Los médicos o los otros profesionales como enfermeros, kinesiólogos, trabajadores sociales, las pueden realizar mediante orden digital o acercándose al servicio personalmente. La gran mayoría se hacen personalmente.

Por otro lado, se realizan valoraciones psicológicas de pretrasplante, abarcando el trasplante de riñón, trasplante renopancreático, trasplante pulmonar, trasplante cardíaco y trasplante hepático.

De la valoración de trasplante renal se ocupa la Lic. Valeria Mercado. Esta valoración se realiza por derivación del servicio de nefrología y trasplante renal; se realiza mediante hoja de ruta los días miércoles a pacientes aspirantes a la lista de espera del trasplante. El objetivo es valorar el estado psicológico global del paciente, posible psicopatología, adherencia al tratamiento, conciencia de enfermedad y de las implicancias del trasplante; contexto familiar y social. En caso de ser necesario se deriva a psicoterapia o psicofarmacología.

De la valoración del trasplante pulmonar y cardíaco, también se ocupa la Lic. Mercado, siendo derivados del servicio de cardiología, neumología o cirugía torácica. Estas valoraciones se realizan los días lunes. Los pacientes son aquellos que se encuentran internados en el hospital al momento de la valoración.

Del trasplante renopancreático se ocupa la Lic. Baldassari y la Lic. Serra. Estas valoraciones se realizan por derivación del programa de Trasplante Renopancreático, los días martes, a pacientes con diagnóstico de diabetes e insuficiencia renal. La valoración se realiza para ingresar a la lista de espera de donantes.

De los trasplantes hepáticos se encarga la Lic. Tamara Cuello. Estas valoraciones se realizan por derivación del servicio de trasplante hepático. Se realiza mediante una entrevista semiestructurada los días viernes, a pacientes mayores de 15 años.

Otro servicio que se brinda desde Salud Mental es el programa de Cirugía Bariátrica, donde se encuentran trabajando la Lic. Serra y la Lic. Baldassari, junto con el equipo de cirugía bariátrica.

A su vez participa la Lic. María Rosa Buteler en el Programa de transición de la atención y seguimiento de pacientes con diabetes mellitus desde la adolescencia a la adultez. Este programa tiene como objetivo facilitar la transición adecuada de adolescentes con diabetes desde el equipo de diabetes infantil al equipo de diabetes de adultos, minimizando los riesgos en el seguimiento y salud de los pacientes. También busca asegurar la atención continuada adaptada en cada momento a las características físicas, emocionales y sociales. Se trabaja junto a profesionales médicos y psicólogos de otras instituciones, como el Hospital de Niños.

El equipo de Salud Mental también realiza intervenciones en la guardia central. Estas urgencias de guardia y los intentos tanáticos son abordados de manera interdisciplinaria. Con respecto a los intentos tanáticos, se ha acordado confeccionar un consentimiento informado de internación domiciliaria para aquellos casos en los que el paciente pueda ser atendido y cuidado en el caso de haber una red de apoyo que lo permita. Si no es posible, el usuario permanece en el Hospital en el área de guardia, en una sala destinada para salud mental. Existe para estos casos un protocolo de atención. Todos los intentos tanáticos deben ser registrados en la plataforma SiSa.

En relación a las internaciones, el Hospital no cuenta con una sala de internación de Salud Mental ya que al ser un hospital de alta complejidad se atiende a otros asuntos, resultando en los casos necesarios una derivación de internación a otras instituciones como lo es el Neuropsiquiátrico o el Hospital Misericordia donde si se realizan internaciones por Salud Mental.

Esto último responde al capítulo VII de la ley 26.657 (2010) que dice lo siguiente:

Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el sólo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerada acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592. (Ley Nacional No. 26.657, 2010).

Una particularidad del servicio es que cuenta con un dispositivo de Consultorio Inclusivo. Este está a cargo de la Lic. Mónica Pazo, la Lic. Tamara Cuello, y la Lic. Lucía Fernández Zelarayán. Este dispositivo consiste en garantizar el derecho a la salud integral y a la identidad a las personas tal cual se autodeterminan, facilitando el acceso a los recursos disponibles para el pleno desarrollo y el cuidado del propio cuerpo y particularmente a las terapias de inhibición puberal, hominización, acceso a cirugías y atención psicosocial.

Este servicio se brinda los días lunes de 8 a 11.30 hs. y está dirigido a personas de la comunidad LGBTIQ+.

Las actividades que se realizan son de consultoría sobre hominización con equipo interdisciplinario y un Programa de Hominización y acompañamiento a Personas Transgénero.

La Lic. Pazo también se ocupa de la atención a personas derivadas a tratamiento con oficio judicial, los días viernes de 8 a 11 hs.

Por otro lado, también el servicio de Salud Mental participa de la Junta de Discapacidad, particularmente se ocupa la Lic. Mercado. La misma atiende a pacientes ambulatorios, pacientes internados o a demanda. Trabaja en conjunto con el área de Recursos Humanos.

Por último, un nuevo dispositivo que se abrió en el año 2024, es el Programa de Atención e Investigación en Síndrome Post Terapia Intensiva, a cargo de la Lic. Fernández Zelarayán. En el mismo se trabaja en conjunto con otros profesionales de la salud como lo son kinesiólogos, fonoaudiólogos, asistentes terapéuticos, etc. Lo lleva a cabo un médico cabecero, y tiene también fines de investigación.

3.4 ORGANIGRAMA

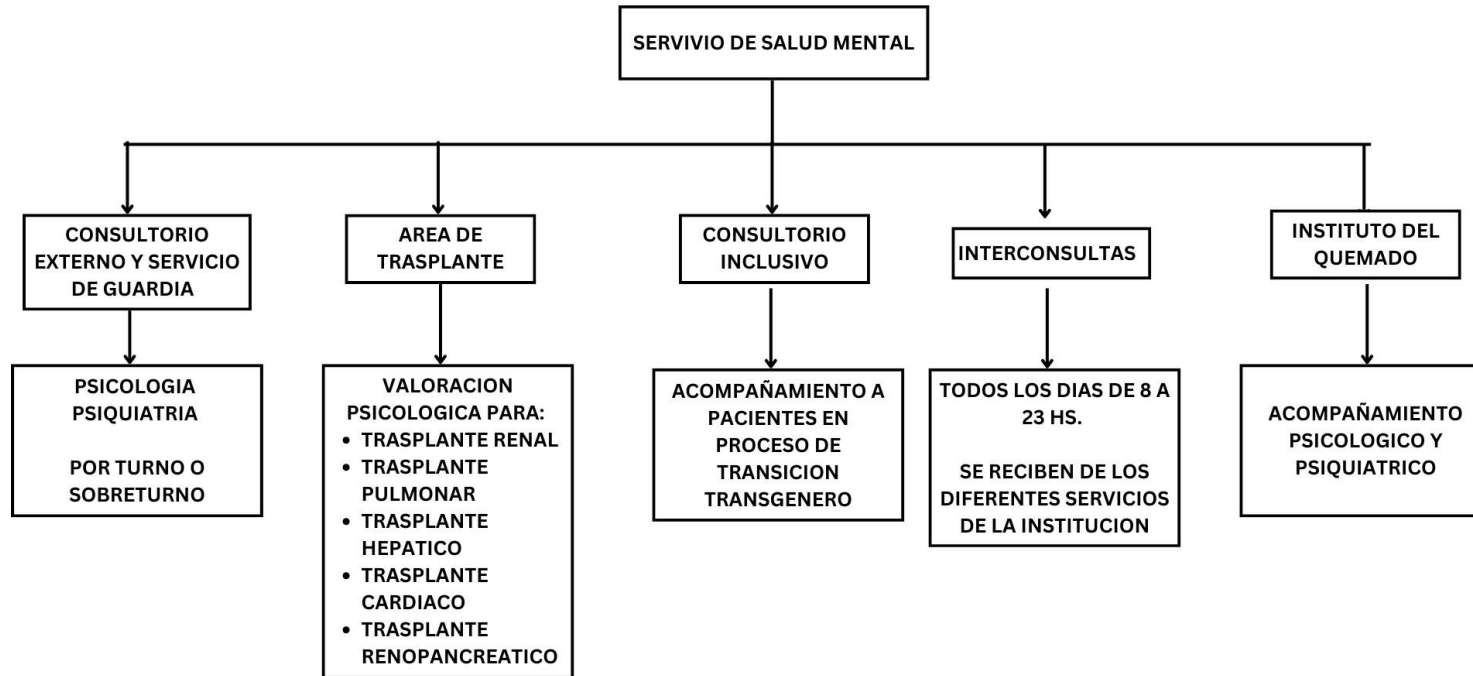


Figura 1: Fuente: Creación propia a partir de los aportes de los profesionales de la división de Salud Mental del Hospital Córdoba.

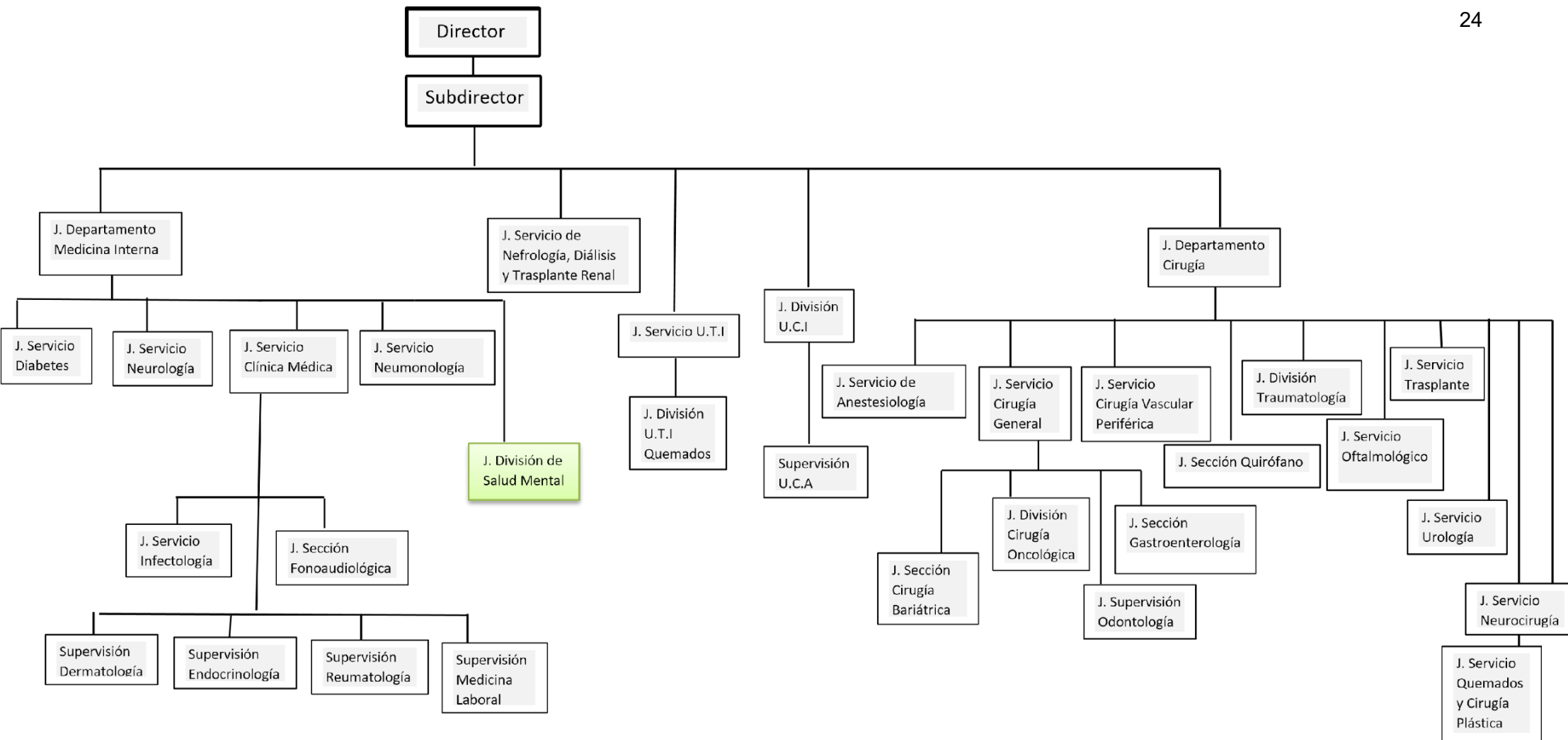


Figura 2: Fuente: Colman Agustina. (2021). *Reinventando la práctica hospitalaria: Las intervenciones del equipo de salud mental de un hospital general en situación de pandemia (Covid-19)*. Recuperado de biblioteca Universidad Católica de Córdoba

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

El abordaje psicológico en pacientes con enfermedades orgánicas en un hospital polivalente de la ciudad de Córdoba.

5. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el abordaje psicológico en los pacientes con enfermedades orgánicas en un hospital polivalente de la ciudad de Córdoba.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos son:

1. Describir los procesos de salud-enfermedad en pacientes con enfermedades orgánicas desde una perspectiva, la multicausal.
2. Analizar la presencia de factores psicológicos en la causalidad y desencadenamiento de la enfermedad orgánica.
3. Describir la vivencia subjetiva de los pacientes con enfermedades orgánicas, tanto en pacientes ambulatorios como en pacientes internados, teniendo en cuenta los factores psicológicos intervinientes en los procesos de salud- enfermedad.
4. Describir la modalidad de trabajo en Interconsulta Médico- Psicológica como parte de la estrategia de abordaje de pacientes con enfermedades orgánicas en un hospital polivalente de la ciudad de Córdoba.
5. Caracterizar el rol del psicólogo en el abordaje de pacientes con enfermedades orgánicas.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

6.1 LA PERSONA COMO “UNITAS MULTIPLEX”

¿Por qué enfermamos? ¿Qué nos lleva a enfermar? Una pregunta, muchas respuestas. No podemos hoy hablar de que existe una única manera de enfermar. Si nos posicionamos desde el paradigma de la complejidad que hoy nos compete, son múltiples los factores que llevan a una persona a enfermar. Algunos dirán que es lo psicológico, otros hablarán simplemente desde lo biológico-fisiológico, y algunos otros quizás referirán la enfermedad como un problema espiritual.

Lo cierto es que no existe una causa lineal que justifique el proceso salud-enfermedad, ya que con los avances de la ciencia y de la comprensión del ser humano, podemos concebir a la persona como un “unitas multiplex”. Así lo definirá Velazco Suarez (2019) en un capítulo de su libro “Psiquiatría y Persona”.

Hoy conocemos que el ser humano es complejo y por ello la diversidad de disciplinas que lo estudian y lo abordan, entre ellas la psicología y la medicina. Sin embargo no alcanzarían todas las disciplinas ni todos los estudios para poder abarcar al ser humano en su totalidad.

Dicho lo cual, considero importante para comenzar, tomar los aportes de Velazco Suarez acerca de la concepción del ser humano que plantea, para poder así acercarnos a su compleja constitución y poder también vislumbrar la multicausalidad del proceso de enfermar.

Cuando hablamos de persona, no hablamos ni de una idea ni de un concepto, sino de una realidad objetiva y subjetiva que aparece en nuestra experiencia. Realidad viviente que es nuestra, la de los otros y la de quienes nos rodean. La experiencia de lo subjetivo encierra una dimensión siempre irreductible en el hombre, de aquello que desborda una y otra vez la potencia objetivadora de la inteligencia (Wojtyla, 1978, como se citó en Velazco Suarez, 2019); y al hablar de “Unitas multiplex”, hablamos de una unidad viviente de una diversidad que se manifiesta en un triple nivel de estructuras y de actividades: lo espiritual, lo psíquico sensible y lo corporal. Cada una de estas estructuras contiene diversidad de dimensiones que hacen a la vida del hombre, y a la vez cada una ocupa un lugar determinado. Velazco Suarez las jerarquiza, apuntando que el nivel superior de integración lo constituye el nivel espiritual, junto con la inteligencia y la voluntad, que gobiernan los otros niveles subordinados. En segundo lugar, entraría el nivel del psiquismo sensible, en relación y dependencia con el nivel superior y el inferior al mismo. El tercer nivel, corresponde entonces al nivel somático o corporal.

Este triple nivel de estructuras se encuentra íntimamente unido. Cada uno de los niveles influye sobre el otro y cada uno está presente en el otro, pero cada uno ocupa un lugar en el conjunto, respetando así la jerarquía que constituye el vínculo de su unidad y su paz.

6.2 ¿CÓMO ENFERMAMOS?

Volvemos a la pregunta de ¿cómo enfermamos? ¿Está la enfermedad vinculada a la unión de estas estructuras? ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud?

Los vocablos sajones y escandinavos que se refieren a la salud, *health* en inglés, *heil* en alemán, vienen de la raíz *hale*, que significa *todo*, conjunto íntegro; por lo tanto, cuando hablamos de enfermedad (infirmas), manifestamos la presencia de una radical debilidad y de una pérdida o amenaza de pérdida, de la integridad. Aquella fuerza que mantenía al todo unido se ve perdida, dando lugar a la debilidad, a la fragmentación, a la pérdida parcial o completa de la integridad antes mencionada.

Cuando alguno de estos tres niveles se ve afectado, repercute en los otros niveles. Es así que una defeción del centro personal espiritual, por una causa somática, psicológica o espiritual, determina la liberación de automatismos subordinados (emociones, imaginativos, somáticos), que adquiere un predominio negativo en la experiencia subjetiva y en el comportamiento, dando lugar así a la pérdida de la unidad personal. (Velazco Suarez, 2019).

Esto mismo explica la múltiple etiología de la enfermedad orgánica, considerando diversos factores y dimensiones mutuamente implicados, en la etiopatogenia tanto de enfermedades psíquicas como orgánicas. Podemos decir entonces que la enfermedad es un fenómeno complejo, un proceso multideterminado y multifactorial. (Mucci, 2004).

Siguiendo a Mucci, define la enfermedad orgánica como un hecho fáctico, concreto, que presenta componentes y provoca alteraciones tanto a nivel objetivo como subjetivo. A su vez, señala que se entiende la enfermedad (*disease*) como un proceso, en el cual están

implicadas variables psicosociales inherentes a la persona y sus contextos, así como a la causa u origen de la enfermedad.

Entendiendo entonces a la enfermedad de esta manera, sabemos que la misma se integra y sintetiza en un vector orgánico-biológico, lo cual corresponde a la respuesta en el cuerpo, pero dado a que somos un todo en interacción, la misma no se encuentra separada del psiquismo. Nos relata Mucci en su libro (2004):

Kafmann, Aich y Waissman consideran que “la enfermedad como illness es la enfermedad percibida por quienes sufren en su cuerpo y en su espíritu; el término sickness [...] parece emplearse, sobre todo, para indicar estados de malestar o de enfermedad que se caracterizan por ciertos padecimientos físicos o psíquicos, o incluso, en oposición a la salud, al hablar de la enfermedad en general. (p.78)

Es decir, que podemos constatar que existe en la enfermedad orgánica un factor psíquico que influye en el desarrollo y la evolución de la misma. Por otro lado, en el presente escrito, consideramos a la enfermedad orgánica de este modo; como aquello que no sólo afecta a un órgano particular, sino como aquello que repercute en la homeostasis física de una persona, vinculado a un factor psíquico sensible en su transcurso.

6.3 VINCULACIÓN MENTE-CUERPO

Al pensar en el vínculo mente-cuerpo, podríamos remitirnos primeramente a lo que se conoce como “psicosomatización”, psico haciendo alusión a lo mental, y soma al cuerpo. Desde el psicoanálisis, podemos tomar este término en un significado de lo “no simbolizado” que se evoca al cuerpo, donde se sustituye la elaboración mental por la descarga mediante el “actuar” fuera. (Gorali, 1995)

Lo psicosomático, se da cuando aquellos estímulos que se suscitan en el cuerpo no son procesados psíquicamente, motivo por el cual éste adolece de un déficit cuyo resultado es la preeminencia de la exterioridad sobre la interioridad.

Por otro lado, sabemos que el mundo de las emociones corresponde a la estructura anteriormente mencionada de lo psíquico-sensible. Las mismas podemos definirlas como estados afectivos de más o menos intensidad que se encuentran íntimamente vinculadas al cuerpo, ya que se manifiestan como respuestas que el cuerpo ofrece ante circunstancias de la vida y de nuestra subjetividad. Pero, las emociones están relacionadas también con la salud física y mental.

Candace B Pert (1997), neurocientífica, hoy considerada fundadora de la psiconeuroinmunología, descubrió las “moléculas de la emoción”, describiendo los procesos neuronales implicados en las mismas, diciendo que “las emociones consisten en cambios orgánicos en el cuerpo, musculares y viscerales, y no son un sentimiento primario despertado directamente, sino uno secundario, indirectamente despertado por el funcionamiento del cuerpo.”

A su vez relaciona su teoría con lo teorizado por Freud en su momento, afirmando que:

Si aceptamos la idea de que los péptidos y otras sustancias informativas son bioquímicos de la emoción, su distribución en los nervios del cuerpo tiene todo tipo de significado, que Sigmund Freud, si estuviera vivo hoy, señalaría alegremente como la confirmación molecular de sus teorías. ¡El cuerpo es la mente inconsciente! Los traumas reprimidos causados por una emoción abrumadora pueden almacenarse en una parte del cuerpo, lo que luego afecta nuestra capacidad de sentir esa parte o incluso moverla. El nuevo trabajo sugiere que hay caminos casi infinitos para que la mente consciente acceda —y modifique— la mente inconsciente y el cuerpo, y también proporciona una explicación de una serie de fenómenos que los teóricos emocionales han estado considerando. (B. Pert, 1997, p.141)

De esta manera podemos decir que la enfermedad está asociada de forma ineludible a las emociones, pensando también que, cuando una emoción se expresa, el organismo no responde, y por lo contrario, cuando una emoción es negada o reprimida, la misma queda atrapada, perjudicando seriamente al individuo. “Como dice Pert, toda emoción tiene un reflejo bioquímico dentro del cuerpo”. (Rojas Estapé, 2018)

Por consiguiente, podemos afirmar que cuando las emociones conducen al cuerpo a la elaboración de enfermedades físicas estamos ante lo que anteriormente denominamos, una enfermedad psicosomática. Esto da evidencia también de la conexión mente - cuerpo. Además,

la ciencia nos ha ido mostrando ejemplos claros de enfermedades relacionadas a la emoción; en dermatología, cardiología, gastroenterología, etc.

Mucci señala que el cuerpo se expresa como tal y posee una doble pertenencia: una real y una imaginaria. La real tiene que ver con la materialidad y la funcionalidad, dadas por la estructura genérico-biológica y anatómo-fisiológica. La imaginaria es el sentido y significado que cada individuo le adjudica, y determina una manera particular de funcionamiento. Vemos cómo se entrecruzan diferentes concepciones del cuerpo, siendo una de ellas la del “cuerpo médico”, correspondiente al cuerpo biológico, objetivable y medible; mientras que por otro lado nos encontramos con el cuerpo atravesado por el lenguaje, el cuerpo simbólico del psicoanálisis.

La persona es corporal. El cuerpo es personal. La patología psicosomática da testimonio elocuente de la ineliminable relación entre lo corporal y lo personal. En lo que Wojtyła llama el momento de la trascendencia, la persona es su cuerpo y todos sus otros determinantes en la unidad de acción por la que se determina y crea. De esta manera, es a partir de este vínculo indisoluble que la medicina nos ayuda a ver en el cuerpo la manifestación de la persona. Ortega y Gasset (1966), lo dicen: “...nuestro cuerpo desnuda nuestra alma, la anuncia y la va gritando por el mundo”... “La carne del hombre manifiesta algo latente, tiene significación, expresa un sentido”

De esta manera, cuerpo y psiquismo constituyen una unidad indisoluble, están ligados uno con otro. Tienen una relación de correspondencia que muestra por un lado la modalidad de funcionamiento del cuerpo ante la cual la psiquis responde de acuerdo a su historia y viceversa.

Sin embargo, no siempre la etiología de una enfermedad se origina en una emoción, esto sería un reduccionismo a lo emocional, pero sí consideramos que las emociones disfuncionales, las situaciones de estrés, preocupaciones, tristezas y traumas de forma crónica alteran las defensas del organismo, y en interacción con otros factores favorecen el posible desarrollo de una enfermedad grave. (Rojas Estapé, 2018).

A su vez, tampoco podemos hacer un reduccionismo de las enfermedades a lo psicosomático. “Las enfermedades que dañan el cuerpo no pueden ser todas calificadas de psicosomáticas. No es el estatuto psicológico lo que caracteriza una lesión psicosomática, sino el estatuto que ésta encuentra en la enunciación del sujeto”. (Gorali, 1995).

Si hablamos de reduccionismo, nos referimos a tomar un aspecto real pero parcial del objeto que se estudia, y reducir la totalidad del objeto a ese aspecto parcial. Frente a este concepto, en la vida que acontece, podemos encontrarnos con dos modos de reduccionismos.

Por un lado, el reduccionismo biologicista, psicologista o sociologista, y por otro el reduccionismo de tipo subjetivista.

Los reduccionismos del primer modo, niegan o menguan la realidad de la vida personal profunda de la persona, quedando reducida en su cuerpo (biologicista), en sus relaciones sociales (sociologista), o en el dinamismo de la persona con su ambiente (psicologista). Mientras que, en el segundo modo de reduccionismo, el subjetivista, pareciera que la persona se ve condenada al vacío de una incesante invención de sí mismo. De esta manera, Velazco Suárez (2019) nos dice lo siguiente:

El postulado sartreano de una libertad total y fantástica es aplicado por el mismo Sartre a la relación con el cuerpo. El hombre desde su libertad se crea como cuerpo, gozando de plena libertad en la elección de su corporización. Lo que nos importa es que estas ideas han sido aplicadas por médicos y psicólogos a la comprensión y tratamiento de la enfermedad. El hombre “hace” su enfermedad, la enfermedad es un símbolo, una expresión de sus opciones profundas. Y así como es capaz de hacerla es capaz de deshacerla. Es una afirmación abusiva y completamente desvinculada de la realidad clínica, del hecho cierto de la influencia de los factores espirituales, de las decisiones del hombre, en las patologías que puedan sobrevenir en el curso de su vida. (p. 41)

Dicho esto, vemos que este tipo de reduccionismo nos lleva a pensar que el hombre es quien elige enfermar, lo cual sabemos por la clínica que no es cierto. Volvemos a ver que es la complejidad de lo que somos, del transcurrir de la vida, y de algo más allá de nuestro dominio lo que nos lleva a enfermar a los hombres.

6.4 DISPOSICIÓN Y AZAR

Siguiendo con la multicausalidad del proceso de enfermar, es común escuchar que “no enferma quien quiere, sino quien puede”. Es interesante poder analizar esta frase, ya que esconde una verdad en lo que respecta a la disposición al enfermar.

Freud ya teorizaba acerca de las series complementarias, como una forma de exponer una etiología totalmente abarcativa de las causas de las enfermedades, lo cual lo llevó a un forzamiento enunciativo para incluir todas las dimensiones en su concepción. Las mismas organizan una disposición, pero no necesariamente un destino. (Uzorskis, 2002)

Dentro del concepto de las series complementarias, desarrollado por Freud (1918), en la conferencia 23: “Los caminos de formación de síntomas”, encontramos una serie de elementos que interjuegan de manera dinámica, sin constituir un modelo lineal de causa efecto, en aquello que constituye la vinculación mente-cuerpo.

Dentro de las series complementarias encontramos lo disposicional, como aquello ya formado, por una parte, por la dotación heredada (factores constitucionales), y por otra formado por la constitución sexual en el vivenciar prehistórico.

Al momento de enfermar lo disposicional cobra un valor importante a tener en cuenta, considerando el papel que cumplen los factores etiológicos orgánicos, junto con el compromiso somático en juego y la incidencia de lo hereditario. Además, habrá efectos condicionantes o predisponentes, como podrían ser patologías orgánicas puras (enfermedades y malformaciones congénitas producidas por factores genéticos) o patologías orgánicas mixtas (con determinismo orgánico que incide en el psiquismo).

Por su parte, dentro de las series complementarias también encontramos dentro de lo disposicional, el vivenciar infantil. El mismo, comprende el trauma infantil o fundante y los recursos emocionales y cognitivos del sujeto. La forma en que la persona utilice este vivenciar, es decir cómo responda a la tensión y al estrés, será la tolerancia y el impacto de la misma ante la enfermedad. (Mucci, 2004).

Podemos pensar y vincular también el vivenciar infantil, al sistema de creencias (Rojas Estapé, 2018) que cada persona desarrollará, el cual tendrá un gran impacto en la manera de interpretar la realidad, en la forma en que vemos al mundo y a uno mismo; repercutiendo así en las emociones; y como bien dijimos anteriormente en sus efectos en el cuerpo. Es decir, que las vivencias de la infancia también van forjando una disposición, un factor de riesgo o protector al proceso de enfermar. Digo protector, ya que considero que no todo vivenciar infantil resulta traumático.

Siguiendo con las series complementarias de Freud, agregamos a lo predisposicional aquello que viene desde afuera, el vivenciar accidental (traumático) del adulto. Dice Benyakar (1997b, como se citó en Uzorskis, 2002) que el vivenciar traumático consiste en la incapacidad del aparato psíquico para metabolizar sus destinos pulsionales o lo constitutivo del mundo

interno, al tener que enfrentar un afuera que puede ser percibido como disruptivo. Dicho esto, volvemos al sistema de creencias, a lo disposicional, vislumbrando cómo aquello que viene heredado, aquello constituido, se interrelaciona con aquello que viene de afuera, siendo lo primero un factor que influye en la manera de responder a lo externo, resultando en una respuesta u otra.

A su vez, podemos vincular también el vivenciar accidental con el azar. Lacan (1973) incluye el azar desde antes del nacimiento. Lo hace con el concepto de “lote”, aludiendo a la lotería que a cada uno le toca. Con la introducción del azar, se da por perdida la posibilidad de abarcarlo todo. El azar es una variable que influye en los diversos ámbitos de la vida, incluido el enfermarse, que no se puede controlar y que a su vez nos pone ante la evidencia de la no causalidad lineal de las cosas. Podríamos llamarlo como Newton, “el principio de incertidumbre” (Uzorskis, 2002). Así mismo, podemos incluir dentro de este azar, asociado al vivenciar accidental, el concepto de epigenética, tan conocido en el mundo científico. El prefijo epi significa por arriba; es decir que cuando hablamos de epigenética nos referimos a aquello que va por encima de lo genético, pero que repercute en ello. Podemos considerar los factores epigenéticos como aquellos que activan o inactivan los genes sin cambiar la secuencia del ADN, a causa de la edad y exposición a factores ambientales como alimentación, ejercicio, consumo de sustancias, estrés, entre otros, así lo define el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos.

6.5 SUBJETIVIDAD Y DUELO

Comprender a la persona como un todo, y comprenderla desde lo teorizado anteriormente acerca de las series complementarias, abre paso a poder describir la vivencia subjetiva del paciente que enferma y las etapas de duelo que atraviesa ante la misma.

La vivencia de enfermarse no será igual en cada individuo. Se puede portar una misma enfermedad, pero la manera de vivirla y atravesarla no será la misma, debido a que cada uno interpretará este hecho según sus series complementarias, su sistema de creencias, su contexto,

su cultura. Es así que Mucci (2004), nos habla de la experiencia de enfermar y las distintas conceptualizaciones que se tiene de la misma.

En primer lugar, el término “*illness*” (“enfermedad, mal”) hace referencia al sentirse enfermo, es decir a la sensación subjetiva de malestar, forma en la que el enfermo padece y sufre la enfermedad. La misma es un estado singular del paciente.

El término “*disease*” (enfermedad, dolencia”), es tener o portar una enfermedad en tanto una entidad médica. Es identificada por una serie de síntomas y signos que permiten al personal médico realizar un diagnóstico. Esta concepción supone una perspectiva objetiva de la misma.

Por último, el término “*sickness*” significa ser considerado enfermo, haciendo alusión a la manera en que la cultura asigna atributos a una enfermedad. En otros términos, refiere a la forma en que los no-médicos interpretan y valoran el rol del enfermo y la enfermedad que se padece.

De esta manera vemos que el enfermar no es solo portar una enfermedad, implica mucho más que eso, hay una significación, una vivencia subjetiva, un atravesamiento en quien la vive.

Si nos remitimos al término “paciente” como la persona que padece una enfermedad, podemos ver el lugar que se le asigna. Un lugar pasivo. Pero se trata de sujetos que atraviesan una situación en el aquí y ahora de su historia, y que poseen una competencia para afrontar el momento, la cual se ve afectada por el estrés de la situación.

Siguiendo con los aportes de Mucci (2004), nos ofrece un enfoque multidimensional, ecológico de la persona que enferma, que nos permite comprender el vivenciar subjetivo de la misma.

Este enfoque consta de varias dimensiones que hacen al vivenciar subjetivo. En primer lugar, tenemos el macrosistema, el cual determina patrones generalizados y concepciones sobre “cuerpo, salud, enfermedad, muerte”, así como sus representaciones sociales. Dan sentido al cómo se vivencia la enfermedad. Es a partir de este sentido que los pacientes construyen una fantasía en torno al enfermar.

Luego se encuentra el exosistema, constituido por las instituciones y organizaciones en las que transcurre la vida cotidiana. Con esto nos referimos al modelo médico predominante, al trabajo, etc. Sobre este nivel una enfermedad también repercute.

En siguiente lugar el microsistema de la persona, hace referencia al entorno inmediato, los vínculos más cercanos, quienes también atravesarán el duelo de la enfermedad, ya que la misma, posiblemente, producirá cambios de roles, diversas emociones, pérdidas, etc.

La dimensión psicodinámica alude a los contenidos y modalidad de funcionamiento de los procesos intrapsíquicos, mientras que la dimensión cognitiva identifica la modalidad de funcionamiento del sistema de creencias, o esquema cognitivo.

Por otro lado, la dimensión interaccional sistémica es de suma importancia ya que incluye los vínculos humanos, con los cuales la persona cuenta o no para afrontar la situación de enfermedad.

Por último, la dimensión comportamental, tiene que ver con el modo de responder de la persona ante la enfermedad, teniendo en cuenta los montos de ansiedad, las manifestaciones predominantes, la modalidad de resolución de problemas, la sobreadaptación y adaptación funcional o disfuncional, el cumplimiento de las prescripciones médicas.

Es así que todas las dimensiones entran en juego ante una enfermedad. La enfermedad viene a irrumpir el “normal” o “cotidiano” curso de la vida. Produce una discontinuidad en la historia personal de quien la padece, produciendo un cambio brusco en su escenario y sus condiciones. Beatriz Gómez (2020) expresa sobre la misma:

Este proceso de ‘desprendimiento del mundo sano’ suele tener un efecto disruptivo, tanto en los supuestos cotidianos que ‘se dan por sentado’, en los sistemas explicativos que involucran el auto-concepto, como en la relación con el contexto que involucra la movilización de recursos. (p.1).

Y no solo eso, sino que como dijimos, el estar enfermo, socialmente también significa algo. Es decir que no sólo cambia el cuerpo y las condiciones, sino también el quién uno es para los otros, o incluso para sí mismo.

Este vivenciar produce una variedad de emociones, entre las cuales Gómez (2020) enuncia algunas como, ansiedad, ira y culpa. La ansiedad en cuanto a la espera de resultados o nuevas noticias, ira por sentirse discriminado o impotente para realizar ciertas tareas, y culpa por pasar a ser una carga para sus seres queridos o hacerles sentir angustia.

También supone para la persona una pérdida, y no solo en términos de salud física, sino en aquellas tareas que realizaba y quizás ya no puede, pérdida de energía, movilidad, aspectos valorados de la imagen corporal y pérdida del control del cuerpo y quizás de la propia vida, entre otras. Y bien sabemos que ante una pérdida hay un proceso de duelo. Freud (1927), en “Duelo y melancolía”, define al duelo de la siguiente manera:

El duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc. Bajo estas mismas influencias surge en algunas personas, a las que por lo mismo atribuimos una predisposición morbosa, la melancolía en lugar del duelo. (p.244)

Aclara Freud, que el duelo no es considerado patológico, sino que lo caracteriza como un estado anímico intenso de dolor por el objeto perdido, que dura en el tiempo, pero que luego “se va”. Hay un proceso de duelo con respecto a que la libido debe abandonar las ligaduras al objeto amado. Este tiempo también lo caracteriza por una pérdida de contacto con la realidad, e incluso a veces una psicosis desiderativa alucinatoria. La sustracción de la carga libidinal, nos dice Freud, se da paulatinamente y con un gran gasto de tiempo y energía. Y agrega que por lo general el respeto por la realidad tiene la victoria. Luego diferencia el duelo de la melancolía.

Es en este punto del duelo, donde podemos considerar el abordaje psicológico como un medio importante para atravesar la enfermedad y conjuntamente el duelo desatado. En cuanto a esto, Gómez nos aporta que el tratamiento psicoterapéutico consistirá entonces en la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento para lograr así un equilibrio entre los efectos perturbadores y la continuidad del auto sostén personal que permita a la persona continuar la vida diaria. De lo contrario, la persona podría desarrollar un agotamiento físico y mental dando lugar a una ruptura asociada a un trastorno emocional, o como dice Freud, a la melancolía u otro cuadro.

6.6 CRUZANDO EL UMBRAL DEL DOLOR

Por otro lado, sólo quien atraviesa una enfermedad puede comprender el padecimiento que implica. Quienes están por fuera padecen desde otro lugar y de otro modo. Es así que podemos hablar de sufrimiento y diferenciarlo del dolor.

El sufrimiento de la persona es existencial, tiene un componente antropológico podríamos decir. Quien sufre por un dolor corporal no sufre solamente por esa parte del cuerpo que duele, sino que sufre todo su ser, toda su persona.

En la encíclica *Salvifici Doloris*, el papa San Juan Pablo II (1984), nos habla de que la medicina en su arte de curar, descubre en el vasto territorio del sufrimiento, sólo un sector más conocido, que es el del reaccionar, el de la terapéutica. Sin embargo, este es sólo un sector, pero el terreno del sufrimiento es ampliamente más grande y pluridimensional.

Desde esta mirada, surge también el concepto de “Dolor Total”, de Cicely Saunders (2001), el cual se enfoca en la mirada integrativa del mismo, haciendo foco no sólo en la afección física sino en todas las dimensiones que el dolor abarca. El dolor puede ser considerado una experiencia angustiosa e inquietante que tiene un carácter emocional, cognitivo y social, llevándonos a pensar que el dolor es mucho más que una sensación sensorial localizada, sino una emoción socialmente compartida, enseñada y aprendida. De ahí que cuando alguien sufre, cuando hay un sujeto doliente delante nuestro, podemos sentir (en diferente medida), lo que el dolor significa y de allí empatizar. No se siente en el cuerpo ajeno al dolor, el mismo dolor en el cuerpo, pero sí lo que cognitivamente implica. Por tal motivo las personas pueden empatizar, en la medida que hayan hecho experiencia del dolor y se hayan dejado atravesar por la misma.

Es así como San Juan Pablo II, también diferencia lo que es el sufrimiento físico del sufrimiento moral, el sufrimiento del dolor, afirmando lo siguiente:

El hombre sufre de modos diversos, no siempre considerados por la medicina, ni siquiera en sus más avanzadas ramificaciones. El sufrimiento es algo todavía más amplio que la enfermedad, más complejo y a la vez aún más profundamente enraizado en la humanidad misma. Una cierta idea de este problema nos viene de la distinción entre sufrimiento físico y sufrimiento moral. Esta distinción toma como fundamento la doble dimensión del ser humano, e indica el elemento corporal y espiritual como el inmediato o directo sujeto del sufrimiento. Aunque se puedan usar como sinónimos, hasta un cierto punto, las palabras «sufrimiento» y «dolor», el sufrimiento físico se da cuando de cualquier manera «duele el cuerpo», mientras que el sufrimiento moral es «dolor del alma». Se trata, en efecto, del dolor de tipo espiritual, y no sólo de la dimensión «psíquica» del dolor que acompaña tanto el sufrimiento moral como el físico. La extensión y la multiformidad del sufrimiento moral no son ciertamente

menores que las del físico; pero a la vez aquél aparece como menos identificado y menos alcanzable por la terapéutica. (Juan Pablo II, 1984, n. 5)

Es de esta manera que podemos intentar comprender un poco más el alcance que el dolor tiene en la vida de una persona, entendiendo que el concepto de dolor total permite comprender la enfermedad como una experiencia de enfermedad (disease), padecimiento (illness) y disfunción social (sickness) que comporta diferentes formas de sufrimiento que deben ser atendidas de manera integral (López Sánchez, Rivera-Largacha, & Juan Rafael, 2018).

6.7 ABORDAJE PSICOLÓGICO

El abordaje psicológico en pacientes con enfermedades orgánicas, como dijimos anteriormente se torna necesario e importante.

El mismo se orienta a las manifestaciones psíquicas que muestra la persona, pero no sólo en su discurrir (dimensión psicodinámica cognitiva), o en sus vínculos interaccionales, sino también en su dimensión comportamental, es decir sus gestos, actos y actitudes.

El propósito de las acciones y los recursos terapéuticos es incrementar, junto con el paciente, el conocimiento y la comprensión de la crisis por la que se atraviesa, a fin de que sepa cómo lo afecta. Gómez, considera que, los objetivos de la psicoterapia consisten en ayudar al paciente en la adherencia a prescripciones médicas y hábitos de vida saludables, disminuir el impacto traumático y sostener la continuidad de las tareas cotidianas y los proyectos futuros.

Por otra parte, el objetivo estará ligado al motivo de consulta, que en algunos casos procederá del paciente, mientras que en otros será por parte del equipo médico.

Es de suma importancia escuchar el motivo de consulta, ya que podemos diferenciar el motivo de consulta manifiesto del latente. En cuanto a esto Uzorskis (2002), nos advierte acerca de la diferencia entre lo que se enuncia en un pedido, de lo que verdaderamente se desea. Ante

lo que dice: “¿quién no recuerda al paciente desesperado por ser curado que olvida tomar la medicación indicada?” (p.38)

Atender a la demanda, es escuchar todo lo que dice el paciente en la medida de lo posible, lo cual no se expresa únicamente con palabras, y a la vez que se dice o se muestra, también se puede ocultar. Y la propuesta del interconsultor psi apunta a trabajar sobre el plus que la enfermedad médica genera. No se trata entonces de erradicar la causa de la enfermedad, sino en tratar de paliar lo que sucede a nivel del sujeto como potenciador negativo de su padecimiento físico o de ayudar a hacer más soportable las condiciones de internación.

En cuanto al modo de abordaje, Mucci propone una estrategia que consta de lo siguiente:

En primer lugar, los niveles de intervención, que son el paciente, el equipo y la familia. El paciente, en cuanto a su contexto, su etapa evolutiva, características del microsistema, etc. Incluso el sentido que le da a la enfermedad como a la información diagnóstica y su concepción del dolor. En el equipo, se busca el trabajo en interdisciplina, como el conocer la situación “objetiva”, independientemente de la percepción “subjetiva” del paciente. En este punto es importante conocer qué información se le ha brindado al paciente, y conocer los tiempos de tratamiento médico, motivo por el cual las entrevistas con el equipo médico son de carácter necesario. Por último, la familia es de gran importancia ya que muchas veces las respuestas de quien enferma, están subordinadas a la modalidad de funcionamiento de la familia, así como al nivel socioeconómico e índice de religiosidad presente.

Un segundo punto para el abordaje psicológico es la evaluación. Este es el punto donde se hará el intento de obtener la mayor información posible en cuanto a la modalidad afectiva, al estilo cognitivo y al repertorio comportamental. Esta evaluación permitirá al profesional diagnosticar problemas psíquicos y determinar el área sobre la cual hay que focalizar y trabajar. De esta manera se puede realizar una selección de estrategias de tratamiento.

La evaluación apunta a considerar el “riesgo psíquico” del paciente para enfrentar la enfermedad y lo que la misma conlleva. Luego de evaluar, se focaliza en los objetivos teniendo en cuenta el motivo de consulta antes mencionado.

Por otro lado, es importante, la flexibilidad de los recursos terapéuticos en el abordaje psicológico, pudiendo seleccionar modalidades de intervención desde los múltiples recursos de la psicología. Esto se debe al vivenciar singular de cada paciente sobre su enfermedad, aunque sea la misma que otro, ubicando al paciente no en la periferia y la teoría en el centro, sino de manera inversa. El paciente y su problema son el centro, mientras que el terapeuta y su teoría

se ubican por fuera. Es por ello que la evaluación es de suma importancia y debe ser detallada, ya que la misma servirá de faro para conocer la subjetividad de quien demanda y poder responder de manera adecuada a la misma. Este último punto, se vincula también con la responsividad de la cual nos habla Gómez, que ha probado ser de suma importancia. Frente a ello dice que un terapeuta actúa con responsabilidad cuando indican tareas teniendo en cuenta las habilidades actuales del paciente, reformulan una intervención cuando parece no entender el paciente, o ajustan su tono de voz cuando notan un cambio de expresión facial en el mismo.

A su vez, remarca la utilidad y la necesaria psicoeducación del paciente. La misma consiste en brindarle al paciente la información necesaria para una clara comprensión de su enfermedad, de los factores etiopatogénicos y factores psicológicos que influyen en su estado de ánimo. Esto permite un mayor involucramiento activo del paciente y permite generar cambios a nivel de mitos y creencias que el mismo tiene acerca de su enfermedad. A su vez colabora con la aceptación del diagnóstico y la comprensión de los cambios generados a partir de ella. Al mismo tiempo, la psicoeducación puede ser brindada al grupo familiar, disminuyendo así la ansiedad de sus integrantes y los conflictos desencadenados en torno al acontecimiento, de manera que se desarrollen maneras más adaptativas de responder al mismo, que favorecen el dominio y la agencia personal de la persona a la vez que recibe el cuidado y el apoyo necesario.

Por último, siguiendo con los aportes de Gómez para el abordaje de enfermedades físicas, propone seis principios de intervención para afrontar la enfermedad.

El primer principio consiste en validar la experiencia, la cual dará lugar a que el paciente pueda reconocer sus ideas y sus emociones, de manera que quien interviene sea capaz de validar esos sentimientos dolorosos sin un tranquilizante prematuro. A su vez, esta validación tiende a normalizar sentimientos difíciles que aparecen como esperables frente a la situación, y también algunos aspectos disfuncionales de la experiencia que cumplen una función en el esfuerzo por organizarla.

Un segundo principio es el de promover la autoestima. Como dijimos al comienzo, la enfermedad irrumpe en la vida de la persona, y no solo en su cotidianeidad de actividades sino también en la imagen que se tiene de sí. Hay una ruptura en la autoimagen, por lo cual es importante de parte del profesional de psicología poder evaluar cómo se encuentra el paciente frente a este punto, y generar visiones alternativas que enfoquen los aspectos más significativos para cada persona encontrando en ellas focos positivos hacia los cuales dirigir la atención; o

también a través de la percepción de otros que ayuden a reevaluar la autoimagen desde una perspectiva diferente.

Otro de los principios es el de promover la sensación de dominio. La misma se da por la sensación de auto manejo de la enfermedad, la cual se sostiene en la percepción de autoeficacia, y tiene que ver con la creencia que tiene la persona de su capacidad de influir sobre los eventos que afectan su vida. Esta creencia se vincula profundamente con la motivación, el desempeño, los logros, y el bienestar emocional.

Un cuarto principio es el de la regulación emocional. Esta abarca diferentes estilos que pueden ser conscientes o inconscientes de experimentar y procesar las emociones, que como dijimos, tendrá que ver con el sistema de creencias y el vivenciar subjetivo de cada uno. Cuando las emociones preponderantes son las negativas, posiblemente la persona presente dos formas disfuncionales de procesamiento: o la inhibición o la descarga descontrolada. La tarea del terapeuta será la de ayudar a encontrar el balance adecuado para poder expresarlas y ayudar en el autocontrol para no verse sobrepasado por ellas. En este punto, la psicoeducación es de gran ayuda para comprenderlas, a la vez que el principio de validación de emociones se ve implicado.

En quinto lugar, la promoción del apoyo social es también un principio a tener en cuenta para el abordaje psicológico, ya que como vimos es parte del microsistema y del nivel de interacciones. Las relaciones interpersonales promueven el bienestar psicológico, particularmente en momentos de circunstancias estresantes, pero frente a esto, es importante poder identificar en qué grado la persona requiere de apoyo social para sentirse protegido y no sobreprotegido sintiéndose débil e inseguro. El apoyo social atiende a las necesidades que el paciente atraviesa en las diferentes etapas y cambios de la enfermedad.

Por último, está el principio de la promoción de la aceptación. El mismo implica un “acuerdo paciente-enfermedad”, por el cual la persona se prepara para hacerle frente a los cambios que la nueva circunstancia le impone. No se acepta únicamente el diagnóstico, sino todo lo que el mismo conlleva. “Aceptar puede significar una transformación positiva no solo para atravesar las situaciones sino para incorporar una nueva experiencia ligada al ejercicio de la paciencia y la tolerancia”. (Gómez, 2020).

Realizar un abordaje psicológico abre la posibilidad de ver la condición del paciente no sólo como un hecho disfuncional y su vida como sinónimo de padecimiento, sino que ubica la situación como una circunstancia abierta a múltiples transformaciones, como una realidad en

vías de reconstrucción, siendo la psicoterapia un puente de diálogo para ensayar alternativas y construir ideas de qué hacer y cómo actuar para aliviar.

Frankl (1987) nos ilumina acerca del sufrimiento y la trascendencia explicando lo siguiente:

Más, para poder afrontar el sufrimiento, debo trascenderlo. Con otras palabras: yo sólo puedo afrontar el sufrimiento, sólo puedo sufrir con sentido, si sufro por un algo o un alguien. De modo que el sufrimiento, para tener sentido, no puede ser un fin en sí mismo. La disposición al sufrimiento, la disposición al sacrificio, puede degenerar en masoquismo. El sufrimiento sólo tiene sentido cuando se padece «por causa de». Al aceptarlo, no sólo lo afrontamos, sino que a través del sufrimiento buscamos algo que no se identifica con él: transcendemos el sufrimiento. (p. 199)

6.8 LA INTERCONSULTA MÉDICO - PSICOLÓGICA EN EL HOSPITAL POLIVALENTE

Ejercitar el rol psicológico dentro del territorio médico no fue siempre una tarea corriente. Insertar la clínica de la subjetividad en territorio médico ha sido un desafío para los profesionales psi a lo largo de los años, y también en la actualidad, cobrando cada vez más la importancia que amerita.

Históricamente, la interconsulta psicológica era considerada una subespecialidad de la psiquiatría. Fue luego del trabajo de Michael Balint, y sus ideas respecto a la relación médico paciente, que la misma fue tomando un lugar más apreciado dentro del territorio médico. En nuestro país, el primero en realizar esta experiencia, fue el Dr. Mauricio Goldenberg, quien, junto a un grupo de psiquiatras, utilizaron la interconsulta dentro del funcionamiento de los diferentes departamentos del servicio, en el Policlínico de Lanús, en respuesta a los pedidos de intervención de otras especialidades.

Hoy, en el Hospital Córdoba, las mismas se llevan a cabo en el servicio de Salud Mental, que como se narró al comienzo, también tuvo su proceso de inserción como servicio dentro del Hospital. Actualmente, al mismo llegan diariamente interconsultas médicas. Algunas consideradas con más urgencia que otras, algunas con más información que otras, pero todas interconsultas al fin.

Los pacientes que llegan al Hospital aquejados de alguna afección, tienen algún tipo de transferencia con la institución, a la que le atribuyen todo el saber sobre su enfermedad, pero no siempre es el personal al que ellos recurren el que tiene todas las respuestas a sus dolencias, a las causas de aquello que los aqueja.

Es entonces que podemos pensar, ¿cuál es el motivo de las interconsultas? ¿En qué contexto se dan las mismas? Dice Guillermo Belaga (2004), “La urgencia sobrepasa las posibilidades y las disposiciones existentes, tensiona y hace pensar nuevos artificios para responder a la altura del actual sufrimiento”, llevándonos a pensar en el accionar médico y su límite. Frente a una ausencia de respuestas, a una incertidumbre en torno al sufrimiento del paciente que el personal médico no puede responder, es que surge el pedido de interconsulta al servicio de Salud Mental. Hay algo del discurso de la ciencia que falla, en el cual se intentará incidir con el discurso del psicoanálisis, produciéndose un entrecruzamiento de discursos que corresponden a diferentes concepciones del cuerpo. El cuerpo de la ciencia objetivable y el cuerpo como lo entiende el psicoanálisis, atravesado por el lenguaje.

En dicho entrecruzamiento de discursos, se abrirá paso también al discurso del paciente, de manera que se intentará dilucidar el verdadero motivo de interconsulta. Hay una gran riqueza en la conversación con los médicos que la solicitan, allí se manifiesta su subjetividad frente a la situación, sus vivencias, y cómo traducen aquello que el paciente les dice.

Dicho esto, tomando los aportes de Marta Coronel (2015), podemos puntualizar los momentos de la interconsulta.

El primer momento corresponde al pedido. La medicina que apunta a una ilusoria totalidad no alcanza para dar respuestas a una determinada problemática. Los médicos se topan con algo que no está funcionando y que altera su rutina de intervención y trabajo, frente a lo cual recurren al pedido de interconsulta. Los profesionales psi, lo primero que harán será escuchar el qué y el para quién se demanda, teniendo que decidir si se escucha al paciente o se piensa junto al médico el porqué de su pedido.

No siempre el pedido de interconsulta viene de parte del médico; pero siempre es el médico el encargado de formalizar el pedido. Muchas veces quien pide la interconsulta es el

mismo paciente frente a la angustia que irrumpe. Cuando es por parte del personal médico, la misma se puede deber: a una inquietud de los mismos que frente al diagnóstico del paciente se anticipa a la posible angustia que pueda suscitar; a una inquietud personal frente a un obstáculo que se presenta ante la cura, como son el diagnóstico y las decisiones a tomar, mejorar la eficiencia del tratamiento, o la transmisión a la familia. Otras veces, el médico al percibir un malestar vinculado a la angustia del paciente, pide una interconsulta, aunque el paciente no la haya solicitado.

La entrevista que se realiza desde el Servicio de Salud Mental, no tendrá el mismo enfoque sobre la persona que el personal médico. Además, sabemos que no siempre lo que el médico solicita coincide con lo que posteriormente se pone en juego en el trabajo con el paciente.

Un segundo momento de la interconsulta es la entrevista al paciente. Este es considerado un momento fundamental de nuestra labor. Es el momento donde se apuesta a establecer las condiciones mínimas de escucha que permitan dar lugar a aquel sujeto que ha quedado elidido del discurso de la medicina, dar lugar a su subjetividad. Implica ingresar en un terreno que podríamos considerar sagrado. Es el territorio de su sufrimiento, un terreno no familiar, donde nos enfrentamos con su padecimiento tanto físico como afectivo - emocional y la proximidad con la muerte, con lo doloroso de la pérdida.

En este punto no tratamos de aportar un saber mayor, sino que tratamos de dejarnos enseñar por aquello que el paciente nos relata, con lo que él puede decirnos acerca de las respuestas que encuentra frente a lo que le acontece. Nuestra posición es la de una docta ignorancia, que da lugar a lo nuevo, posibilitando el decir del paciente, separándonos del hecho, y abriendo paso a poder hablar de ese otro lado del dolor, encontrando vías de expresión a través de la palabra.

El último momento lo constituye la devolución. La misma se realiza al médico de manera oral y una inscripción en la historia clínica. No es tarea nuestra enseñar ni interpretar nada al médico. El momento de la devolución abre paso a nuevas acciones en torno al paciente. La historia clínica será de suma importancia, ya que se espera que al finalizar una consulta de este tipo (interconsulta como una urgencia), el profesional pueda llegar a una conclusión que se le comunicará al médico, y que le permita establecer estrategias terapéuticas a seguir de acuerdo a cierta aproximación diagnóstica y una apreciación del riesgo, que incluya alguna predicción evolutiva del caso, al menos en corto plazo. (Belaga, 2015)

La interconsulta, lleva a los profesionales psi a un desafío, ya que los obliga a salir de su consultorio para insertarse en la tarea institucional, demandándoles una respuesta rápida ya que se encuentra en el campo médico. Es un desafío que tiene sus efectos y para que se den, es importante hacerlo con eficacia, dándole a la palabra su capacidad de otorgarla, donde cada paciente será escuchado en su singularidad, como sujeto que tiene algo para decir. Mediante la palabra se construye un espacio y una temporalidad; un tiempo que escapa de la cronología y un espacio que aloja el discurso del paciente. Conocer las contingencias como lo es un cambio de sala, salidas imprevistas, etcétera, permiten al profesional psi poder pensar un modo de tratamiento que va más allá del encuadre fijo del consultorio.

Por otro lado, la interconsulta no intenta taponar la angustia del paciente, sino generar un nuevo encuentro, una vía de expresión de la misma. A su vez, el trabajo de la interconsulta abre paso a nuevos saberes, que se generan en el encuentro con quienes poseen otro saber que son los médicos y demás profesionales de salud involucrados en la institución como enfermeros/as, asistentes sociales, etc.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

7.1 MODALIDAD DE TRABAJO Y TÉCNICA DE RECOLECCION

El presente trabajo tiene como objetivo realizar una sistematización de la experiencia realizada en el Hospital Córdoba, en el marco del contexto de la Práctica Profesional Supervisada de la carrera de Psicología de la Universidad Católica de Córdoba.

Podemos decir entonces que la modalidad de trabajo se encuentra integrada dentro de lo que llamamos “Sistematización de la práctica”. Cabe preguntarse entonces ¿en qué consiste una sistematización?

Tomando las respuestas de Jara Oscar en una entrevista realizada por la revista Matinal en el año 2011, acerca de la sistematización, podemos definir a la misma como el proceso de clasificar, ordenar o catalogar datos e informaciones, es decir “ponerlos en sistema”. Pero podemos completar esta definición si agregamos la palabra “experiencia”, entendiendo a ésta como procesos históricos, sociales y dinámicos, que están en permanente cambio y movimiento; procesos complejos donde entran en juego tanto factores objetivos como subjetivos y donde se unen el sujeto y el objeto de conocimiento.

Estamos hablando de procesos ubicados en un tiempo y un contexto, que contienen acciones intencionadas, situaciones que lo hacen posible, reacciones de las acciones, resultados esperados o inesperados, percepciones, interpretaciones, intuiciones y emociones de quienes están insertos en ella, y vínculos entre los mismos. Es por esto, que al decir “sistematización de experiencias”, no nos referimos a la simple clasificación de datos, sino que la definición se amplía, se complejiza y adquiere una nueva dimensión.

La sistematización de experiencias consiste entonces, en un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la experiencia que se realiza, que se basa en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, que permitirán extraer aprendizajes y compartirlos. Todas las sistematizaciones intentan dar cuenta de la articulación de la teoría y la práctica, es decir del saber y del actuar en el campo, pero tiene la particularidad que cada sistematización abordara la complejidad de la experiencia de manera diversa.

Quien sistematiza, no puede ser cualquier persona, sino que es aquel que está inserto en la práctica, con todo lo que es, con toda su subjetividad, con todas sus vivencias, con todo su conocimiento. Esta es una persona que debe adquirir ciertas habilidades que le permitan realizar

procesos de reflexión en la acción y también debe tener sensibilidad para dejarse hablar por la experiencia, buscando no influir en la observación con prejuicios o justificaciones.

Es por tal motivo, que, en este contexto, y con el fin de sistematizar mi experiencia en el Hospital Córdoba, el principal instrumento de recolección de información ha sido la observación participante y no participante de las entrevistas abiertas realizadas en consultorio externo, como de las entrevistas abiertas realizadas en el internado del Hospital.

En palabras de Guber (2001), podemos definir la observación participante como una observación controlada y sistematizada de aquello que ocurre en torno al investigador; en mi caso del analista que realiza la entrevista; pudiendo participar de la actividad para así poder observar y registrar dicha realidad desde otra visión.

En otras ocasiones, la observación fue no participante y se redujo solo al registro, prestando atención tanto al individuo entrevistado como al profesional que pregunta. Este tipo de observación da lugar a un registro completo de la información más relevante y también permite atender a los distintos estilos que cada profesional tiene para preguntar y vincularse con un paciente.

Por último, considero de suma importancia el documento donde se realizaron los registros. Cuento con un cuaderno de campo, donde en ocasiones registré durante la entrevista aquello que el paciente iba relatando, mientras que en otros momentos el registro lo realicé posteriormente al encuentro. Estos registros fueron transcritos en un documento guardado digitalmente en Google Drive.

7.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Una observación importante en lo que respecta a la modalidad de trabajo son las consideraciones éticas al momento de ejercer la profesión como psicólogos. Si bien aún no ejerzo la profesión, me desempeñé en un ámbito de profesionales que están en contacto con

pacientes, motivo por el cual es de suma relevancia que, de mi parte, también fueran respetadas las consideraciones éticas establecidas.

Dichas consideraciones se encuentran sancionadas en la Ley Nacional N° 26529 (2009), en la Ley Provincial N° 9848 (2010), en el Código de ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016), y el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013).

No desarrollaré aquí el contenido de cada uno de estos documentos, pero si quisiera resaltar los derechos de los pacientes en su relación con los profesionales e instituciones de la salud.

Los pacientes tienen derecho a la asistencia, al trato digno y respetuoso, a la intimidad, a la confidencialidad y al consentimiento informado.

Por otro lado, el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013), declara cinco principios generales para el ejercicio de la profesión, siendo los siguientes: 1) respeto por los derechos y la dignidad de las personas, 2) competencia, 3) compromiso profesional y científico, 4) Integridad, 5) responsabilidad social.

Asimismo, se han redactado reglas generales en cuanto a lo que los psicólogos deberán observar en relación al consentimiento informado, al secreto profesional, los límites del secreto profesional, la responsabilidad en las relaciones profesionales, la investigación, la docencia y las declaraciones públicas. Considero de suma relevancia conocer estas reglas cualquiera sea el ámbito de ejercicio, ya que las mismas al ser generales, pueden ser adecuadas y analizadas según sea el caso particular de cada ámbito.

En relación a la práctica realizada, puedo decir que estas reglamentaciones que preservan los derechos de los pacientes fueron consideradas y respetadas por los profesionales a los que acompañé, en un marco de respeto, empatía y responsabilidad.

7.3 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

Para conocer quiénes son los sujetos frente a los cuales nos encontramos, es necesario ubicarnos en el lugar en el cual estamos. No es lo mismo encontrarse en una iglesia, en una

escuela, en un club, en un barrio, o en un hospital. He aquí la diversidad y la riqueza de la psicología que puede desempeñarse en todos estos contextos y más. Ya que nos encontramos en el ámbito de la psicología clínica, el lugar desde el cual nos ubicamos en este caso es el Hospital General como institución que abarca uno de los espacios de ejercicio de la misma. En este caso, es el Hospital General, en el sentido literal de la palabra, el que nos congrega. Al hablar de Hospital, lo que convoca a aquellos que asisten es una cuestión ubicada en el cuerpo, pero no sólo nos referimos a trastornos psicosomáticos o hipocondríacos, sino un vasto abanico de posibilidades. Por tal motivo, decimos que es “general” o “polivalente”; y de ahí las diferentes áreas que abarca el Servicio de Salud Mental en el Hospital Córdoba como Hospital General de la Provincia (Servicio de guardia, de interconsulta de las diversas áreas de atención, de consultorio externo, de evaluaciones, etc).

Dicho lo cual, podemos caracterizar a los pacientes que se insertan en esta sistematización, como aquellos que han asistido al Hospital por algo que ha afectado su cuerpo, su dimensión física, siendo esta afección lo que consideraré “enfermedad orgánica”.

Si tomamos como referencia la definición de salud de la OMS (1946): "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades."; vemos que la salud no sólo implica la ausencia de enfermedad en el cuerpo, sino que incluye otras dimensiones, pudiendo así considerar a la enfermedad orgánica, no sólo como algo que afecta a un órgano, sino también a la homeostasis del cuerpo, y al bienestar integral de la persona. De tal manera, aquellos pacientes que presentan síndromes, patologías concretas o lesiones, serán considerados en esta sistematización, teniendo en cuenta que su bienestar ha sido interrumpido. Haciendo la salvedad acerca del estado de “completo bienestar”, ya que, desde el paradigma de la complejidad, y la mirada psicoanalítica, el todo nunca es posible, motivo por el cual hablar de completud como estado, nunca es una posibilidad ya que estamos atravesados por la falta.

Por otro lado, y agregando a lo anteriormente dicho, la sistematización se realizará a partir de entrevistas a personas mayores de 18 años, que concurren al Hospital por turno o sobre turno con Salud Mental y que presenten alguna enfermedad orgánica; y a pacientes que se encuentren internados en la institución, tanto como en el servicio de Hematología, Clínica Médica, Neurología, UTI, UCI o en el Instituto del Quemado, y de los cuales se han solicitado interconsultas médico - psicológicas por parte del personal médico.

No considero necesario poner un rango de edad máxima, ya que lo que considero pertinente para la realización del presente trabajo es el hecho de que presenten o hayan vivido alguna

afección somática y que actualmente estén necesitando o recurriendo al servicio de Salud Mental para atravesarla, procesarla o trabajarla.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

El proceso vivido se da en el contexto de prácticas pre profesionales en el último año de la carrera de Psicología de la Universidad Católica de Córdoba, con el fin de realizar una sistematización de la misma, finalizando en el presente Trabajo Integrador Final.

En mi caso personal la práctica fue realizada en el Hospital Córdoba, un hospital público, general de alta complejidad. Me inserté como practicante en el servicio de Salud Mental el 6 de mayo del 2024. Este primer día asistí con la tutora encargada del Contexto Clínico, la Lic. Adriana Pérez Puyol. Nos encontramos en la entrada de la guardia central y luego nos dirigimos al servicio de Salud Mental. Primero ingresó ella a la sala, donde se encontraban las psicólogas y psiquiatras del equipo. Esperé a la Lic. unos minutos en el pasillo y luego entré a presentarme. Estaban sentados en ronda y me hicieron un lugar y algunas preguntas.

Llegué a esta instancia con mucha ilusión, pero también con cierto grado de ansiedad, algo de temor a lo desconocido.

En mis registros de ese día escribí:

Hablamos de lo que hacen ahí en el Hospital, del Instituto del Quemado y lo fuerte que es estar ahí. 'No es para cualquiera', decían. Cuarto pequeño, con dos escritorios, sillas, muebles con tazas, algunos libros, papeles. Me preguntaron qué áreas me gustaban, pero no sé, porque nunca estuve en un hospital desde este contexto de la Psicología.
(Registros de Campo)

Ese primer día solo me presenté. Pude empezar oficialmente a asistir como practicante el día 14 de mayo.

Desde el comienzo sentí un interés profundo por el ámbito hospitalario, el "territorio médico", el mundo de un hospital. Pienso que se debe en parte a mi recorrido previo por la carrera de Medicina, la cual nunca dejó de gustarme en sus contenidos. Hoy puedo acercarme a este ámbito desde un lugar donde me siento más identificada: desde el ámbito psicológico. Esa experiencia previa, más la práctica en el Hospital abrieron camino a varios interrogantes: la relación médico-paciente, el rol del psicólogo en el ámbito hospitalario, el papel que juega

la psicología en la enfermedad, el lugar que se le da a la salud mental, etc. También dan cuenta de cierta afinidad personal hacia circunstancias como las que se presentan en el Internado.

Al comienzo de la práctica me costó un poco insertarme en el equipo. Algunos días llegaba al hospital y quizás no había nadie en el Servicio y no sabía si interrumpir alguna sesión en los consultorios. En el proceso fui conociendo a los profesionales, a los pacientes, adquiriendo confianza y haciéndome un lugar. La recepción de ellos fue muy buena y cálida. Me tuvieron muy en cuenta para realizar las Interconsultas, se mostraron abiertos a explicarme el funcionamiento del Servicio y a responder todo tipo de preguntas.

Fui conociendo poco a poco cómo funcionaba el Servicio de Salud Mental, cómo estaba compuesto el equipo, en qué área estaba cada uno, cómo eran sus rutinas, aunque no podamos hablar de rutinas ya que todos los días se enfrentan a una situación nueva. También fui conociendo el tipo de población que asiste al Hospital y la diversidad de actividades que puede realizar un psicólogo en ese ámbito.

Me parece importante remarcar el tema de la población que concurre al Hospital. Es una población de una clase socioeconómica más bien baja, con pocos recursos. De los que asisten a Consultorio Externo, algunos lo hacen con periodicidad y constancia en sus turnos, mientras que muchos otros no asisten a los turnos asignados, muchos van por primera vez y luego no vuelven y muchos otros van solo a pedir recetas a los psiquiatras. Dado lo observado, podría decir que los psiquiatras son los más demandados dentro de los profesionales de la Salud Mental, tanto por los médicos en las Interconsultas como por los pacientes.

Lo primero que llamó mi atención y me generó interés, fue lo relatado por la Lic. Fernández sobre un nuevo dispositivo en desarrollo: el de Seguimiento de Pacientes Post UTI. Este dispositivo consta de un proyecto para acompañar en la rehabilitación de los pacientes que salen de la UTI a sus vidas ordinarias. Pude leer parte del proyecto, donde se propone trabajar interdisciplinariamente con varias especialidades como kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, médicos, terapia ocupacional, etc. En lo que leí se decía que un gran porcentaje de estos pacientes tienen dificultades respiratorias y una afectación neurocognitiva. También supone una gran implicancia para las familias cuando vuelven al hogar.

Ya en la primera semana me permitieron presenciar entrevistas de Consultorio Externo. Tuve la oportunidad de acompañar a algunos pacientes todo el tiempo que duró la práctica. Algunos los veía semanalmente, a otros quincenalmente y algunos otros cuando conseguían turno o tenían alguna urgencia.

La inclusión en el Consultorio Externo me enseñó mucho, sobre todo en cómo intervenir como psicólogo frente a diferentes situaciones y diagnósticos. Con una de las licenciadas, la mayoría de los casos que vimos juntas fueron de personas con diagnóstico de psicosis. Nos encontramos ante diferentes tipos de esta patología: algunas más agudas y algunas más leves. Antes de cada paciente la Licenciada me daba algunos detalles del caso para poder entender al momento de la sesión lo que se estaba hablando. También la profesional les preguntaba previamente si no tendrían molestia en que presencie la entrevista. La gran mayoría de los pacientes no tuvieron problema. Una de las pacientes que más disfruté atender junto a la Lic. Buteler es C.A, quien presentaba una esquizofrenia aguda. Luego la paciente pedía ella que yo presenciara las sesiones. Con la Licenciada decíamos que ya formaba parte de la transferencia y del lazo social.

Con esta misma licenciada pude aprender las modalidades de intervención en casos de psicosis. Algo que no me había imaginado ni tampoco estudiado aún. Aprendí no sólo a cómo intervenir sino también sobre cuestiones éticas, de manejo de casos, de organización, entre otras cuestiones que sólo estando inserto en el campo es posible conocer.

Otra de las Licenciadas también me dio mucho lugar a presenciar su trabajo en el consultorio externo. La gran mayoría de los pacientes que vimos juntas fueron pacientes de primera vez. Las sesiones son diferentes a las de la psicóloga que atiende a los psicóticos. Fui viendo también los diferentes estilos de cada terapeuta. Ambas profesionales trabajan con el Psicoanálisis como eje.

Por otro lado, en otras ocasiones acompañé a una profesional que trabaja desde la Teoría Sistémica y a la licenciada que se ocupa del acompañamiento de transición de pacientes trans y de algunos pacientes judicializados. Con ambas pude presenciar algunas entrevistas e Interconsultas.

También he podido realizar un acompañamiento de cerca al trabajo de la Dra. Del servicio, psiquiatra del Hospital. Con ella me sentí enriquecida dado el recorrido realizado por el Instituto del Quemado. Un área de acceso “difícil” emocionalmente para muchos. En mi caso personal, si bien fue de alto impacto lo visto, puedo recuperar el gran valor de poder escuchar a los pacientes que llegaban, entrevistarlos, etc.

Otra actividad que realicé con frecuencia y que lo hacía con las psicólogas que estaban en ese día, fueron las intervenciones de Interconsultas. Muchos de los pedidos de intervención los recibí personalmente. El profesional que la realizaba me explicaba brevemente de qué se trataba el pedido y luego se lo comunicaba a quien le correspondía asistir. Al comienzo esta

situación me generó cierta ansiedad, cierto temor a confundirme en la información que yo brindaba, pero con el pasar de los días me sentí con seguridad para recibirlas. Era difícil retener la información que se decía, ya que muchas veces se transmitía en un lenguaje médico que en ocasiones me resultaba incomprensible. Muchas otras veces, nos encontramos frente a la necesidad de pedirles a los profesionales de la medicina que nos explicaran el motivo de la Interconsulta, ya que con solo un papel escrito no alcanzaba para la comprensión.

Una experiencia que me marcó e impactó fue en las primeras semanas donde visitamos a una paciente que se encontraba en la UTI, esperando un trasplante de pulmón. A las dos semanas, luego de entrevistarla unas tres veces aproximadamente, al llegar al Hospital un día jueves, una de las psicólogas me dio aviso que la paciente había fallecido. Inmediatamente me encontraba en una sesión atendiendo otra paciente, mientras en mi cabeza intentaba procesar lo sucedido. Fue un primer choque de realidad del mundo hospitalario.

Por último, otra de las actividades de las cuales participé fue la asistencia en la Guardia Central. La gran mayoría de los pacientes que llegaban por Guardia eran intentos tanáticos. Cada uno de ellos llamó mucho mi atención. Generalmente, realizamos esta atención junto a la psiquiatra y una psicóloga. Algunos permanecían un tiempo en el Hospital hasta que se resolvía qué hacer con ellos, ya que a algunos se les indicaba internación domiciliaria si tenía red de contención, mientras que otros eran derivados al Neuropsiquiátrico, al Hospital Tránsito Cáceres de Allende, o al Hospital Misericordia.

A medida que fue pasando el tiempo fui comprendiendo el rol del psicólogo y comencé a identificarme con algunos de ellos. Ya definido el tema a abordar, me encontré asistiendo con más frecuencia a las Interconsultas y de a poco me fueron dando la libertad para realizar algunas intervenciones.

Las profesionales mostraron interés por brindarme ayuda, ya sea invitándome a acompañarlas a las Interconsultas de los pacientes internados, brindándome bibliografía o tratando de coincidir el tiempo en el que estaba allí con pacientes que presentaban alguna enfermedad orgánica y pudieran ser de utilidad para la sistematización de la práctica.

Algo que considero importante recuperar, es el hecho de que los pacientes de externación post UTI, sobre los cuales se estaba realizando una investigación en el Hospital no continuaron asistiendo. Por lo tanto, la investigación quedó en pausa. Por lo explicado por la licenciada a cargo de este dispositivo, no se tuvo en cuenta las condiciones y el contexto en el cual estas personas vivían, considerando que no se les podía exigir lo que se pretendía para continuar con la investigación

Luego de unas semanas entrevistando a una paciente, me sorprendí de sus sabias palabras acerca de la enfermedad y su vínculo con la mente. También fue muy enriquecedor escuchar las intervenciones de la psicóloga. Ese mismo día otra paciente, que no asistía por ninguna enfermedad orgánica, nos contó que estaba esperando un diagnóstico de un posible cáncer. Me sorprendí muchísimo. Que importante la escucha, la atención, el estar abiertos. En un hospital general, “hay de todo”.

En esta instancia de escribir sobre la Práctica comencé a asociar teoría y práctica, ideas y vivencias, deseos y acciones. Me entusiasmaba lo que quedaba por hacer, lo que seguía.

Al día de hoy puedo decir que disfruté el tiempo en el Hospital. Fue de mi agrado poder asistir, acompañar y aprender, pero si tengo que destacar una cosa, fue el contacto con las personas enfermas o en situación de internación lo que más me entusiasmó. Ante las Interconsultas me sentí desafiada. Si bien mi rol era de escucha atenta y observación, me surgieron inquietudes, dudas y muchas palabras que le diría a quien tenía al frente. Me enfrenté a preguntas existenciales, a interrogantes que van más allá del ámbito psicológico. Dentro mío encontré un gran deseo de hacer algo, de permanecer allí, de saber más. Concretamente me sucedió esto con aquellos pacientes a los que no pude hacerles un seguimiento. Al cabo de unos días de visitarlos me preguntaba qué habría pasado con ellos. Pienso que eso también es parte del trabajo en un Hospital General como lo es el Córdoba... lidiar con la incertidumbre, con el no saber.

En conclusión, el tiempo en el Hospital fue de mucho aprendizaje, de encontrarme con algo absolutamente nuevo para mí. Fue también un desafío que también me entusiasmó. Me desafió a querer continuar aprendiendo, a tener iniciativa, a ponerme en movimiento, a lo que se puede hacer estando allí.

8.2 ANÁLISIS DE LOS DATOS

En el siguiente apartado, se realizará un análisis de la experiencia vivida en la Práctica Profesional Supervisada, considerando los objetivos específicos propuestos al comienzo de esta

sistematización, y abarcando el marco conceptual desarrollado previamente. La finalidad es lograr una articulación teórico-práctica que responda a los objetivos a partir de la observancia y análisis de los datos recolectados durante la práctica realizada en el Hospital Córdoba. Para este desarrollo, en cada subtítulo daré cuenta de los objetivos que previamente se presentaron para la realización de esta sistematización.

8.2.1 LAS DIFERENTES DIMENSIONES DEL ENFERMAR

Cuando hablamos de Salud, la OMS la define como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad”, una definición abarcativa, que incluye más de una dimensión además de la física. Por otro lado, para la Real Academia, el término salud hace alusión al “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones: libertad o bien público o particular de cada uno, estado de gracia espiritual, salvación”. Del latín viene de “salus”, que significa “buen estado físico, salvación, conservación, saludo”. En alemán “heil” es “salud, salvación, saludo”; y el vocablo griego “eugiegia” haciendo acepción de “buena salud, sana razón, salud del alma”. (Velazco Suárez, 2019)

Hecho este recorrido, vemos que el concepto de Salud, alude a la salud física, mental y espiritual, lo cual nos lleva a concluir que el enfermar abarca también estas dimensiones mencionadas. A su vez, cuando se habla de Salud, se habla de integridad y de conservación, lo cual nos lleva también a pensar en la enfermedad como pérdida y desintegración. Pero, ¿Dónde se encuentra esta pérdida o esta desintegración mencionada? ¿Dónde se manifiesta? Aquí es donde nos encontramos con la complejidad de nuestra existencia, con las múltiples dimensiones en interacción, y con diferentes conceptos que nos llevan a comprender al ser humano. Nos topamos con la epigenética, la psicosomatización, lo “no simbolizado”. De acuerdo al marco desde dónde nos paramos a observar, será la visión y la perspectiva que obtendremos del hecho de enfermar.

Al enfermar, no es tan evidente la causa o el origen del hecho. Es por tal motivo que no se habla de una unicausalidad, sino de una multicausalidad, dado a que somos seres en interacción, seres más allá de la suma de las partes, somos el resultado de la interacción de esas partes. La enfermedad aparece en el proceso de esta interacción, como un elemento perdido. La

enfermedad orgánica se manifiesta como una pérdida en el organismo, en la homeostasis física, pero dado a que somos un todo en interacción, esta pérdida repercute en otras dimensiones, como la psíquica, la social, la espiritual de quien la vive. Es así, que podemos considerar la enfermedad como una realidad existencial del ser humano, que a su vez es subjetiva de quien la vive. “Nada es más real que la vida para alguien que la vive, y nadie puede vivir la vida más que en primera persona; esto es, como un *sujeto*.” (Velázquez, 2023).

Este hecho lo podemos constatar en la clínica, en diversos casos que fueron registrados durante la Práctica Profesional Supervisada. Uno de ellos fue el caso de Cristina, una mujer adulta, de más de 60 años que tuvo una operación de columna por un accidente de auto. Luego del accidente, atravesó múltiples cirugías. Al poco tiempo falleció su padre y entró en una depresión aguda. Dado a todo lo sucedido no pudo trabajar más por su condición física y también psíquica. Trabajaba en la construcción. (Registro de Campo N° 23)

En la primera sesión en que estuve con ella contó sobre su accidente. Se sentía culpable por no haber podido cuidar a su padre cuando enfermó. No pudo, dada su situación de vulnerabilidad post- operatoria. En cuanto al accidente relató lo siguiente:

-No podía ser independiente físicamente. Es terrible... deja secuelas... No tengo poder de decisión por mi vulnerabilidad. No puedo decidir...No sé por qué camino... Me siento perdida-. En ese momento no tenía trabajo ni ingresos. Trabajaba de manera independiente y tenía una sensación de incertidumbre. - Hubo cero trabajos el mes pasado-. (Registro de Campo N° 23)

Aquí vemos cómo una condición física repercutió en una dimensión subjetiva y del orden del pensamiento. Ante su sentimiento de vulnerabilidad, por la debilidad de su cuerpo, sintió haber perdido su capacidad de decisión. Expresó su sentimiento de pérdida. Ha perdido funciones en su cuerpo, pero ¿qué más había perdido? ¿Había perdido funciones del Yo? ¿Dónde se encontraba la verdadera pérdida? Son algunas de las preguntas que me hice al escucharla y nuevamente al leerla. A partir de ello, podemos considerar la múltiple interacción del cuerpo con factores externos e internos.

Por un lado, nos encontramos con un accidente automovilístico, un hecho impredecible, del orden del azar, un factor externo a la persona pero que la afecta. Por otro lado, el cuerpo puesto en juego, también un vínculo muy cercano con su padre enfermo, un trabajo que sostener, la estabilidad económica de su familia. Todos ellos factores en interacción, que

abarcaban las dimensiones físicas, sociales y afectivas de Cristina. A su vez, podemos agregar una dimensión vinculada a lo espiritual en el sentimiento de pérdida, ya que, en otra de las entrevistas, relataba que necesitaba de alguien que la guiara. Lo dijo en el siguiente diálogo: “Cristina: Tengo la necesidad de encontrar alguien que me guíe. Psicóloga: ¿No estará dentro suyo la respuesta? Cristina: Sí, pero no la encuentro. Psicóloga: O no la escucha”. (Registro de Campo N°23).

Podríamos pensar en esa guía como algo del orden espiritual, como una búsqueda de sentido, de dirección a su vida.

Por otro lado, se vio afectada su dimensión psicosocial. Cristina contó acerca de sus hobbies: el canto y el trekking. Pero decía que frente a estas actividades se encontraba paralizada debido a la diferencia que presenta con respecto a los otros. Por un lado, la actividad de trekking se ve obstaculizada por su condición física. Ya no puede realizar el mismo ejercicio que antes. Lo podemos ver en los registros de campo realizados el día 6 de septiembre en una sesión: “Hay un ansia de querer hacer lo mismo que los otros y no poder por su condición, como por ejemplo trekking. Esto hace que no pueda pertenecer a un grupo. Cristina: -‘Si estoy con un grupo acorde a mis posibilidades no me siento cómoda... por la memoria de mi cuerpo. He sido activa en mi pasado”. El hecho de encontrarse junto a personas con ciertas dificultades físicas no la ayuda a sentirse cómoda. Vemos una cuestión identitaria perdida, de quién ella era. A su vez, estas condiciones repercutieron en su estado anímico/ emocional. Expresó sentir mucho miedo y tristeza:

Cristina: Mi vida se está tornando en miedo. Me molesta que me pase eso. Quiero resolverlo. Se siente toda la cabeza dentro de una lata. Hasta la vista, no me deja enfocar la visual. Es algo que me aprieta.

Psicóloga: ¿No serán sus pensamientos que la aprietan? ¿A qué le tiene miedo?

Cristina: A todo. Y eso que estoy mejor.

Psicóloga: ¿A qué la lleva el miedo?

Cristina: A estar todo el día encerrado. Estoy todo el día hecho un trapo. A mi casa no llega el sol. Hay plantas que no florecen hace quince años porque no les da el sol. (Registros de campo N° 23)

Llamó mi atención la intensidad del sentimiento de miedo en la vida de Cristina. Fue una emoción que se mostró a lo largo de todo el proceso terapéutico realizado. El miedo surgido

a partir de la pérdida de su identidad, el miedo a decidir, a mostrarse, a no ser igual que los demás. El miedo experimentado nos lleva a muchas preguntas acerca de cómo Cristina interpretaba todo lo que le había sucedido, cómo el miedo estaría relacionado con su sistema de creencias respecto a aquello que la definía como persona. Vemos que, ante la enfermedad, el miedo es una de las emociones que comúnmente surgen en los pacientes que la padecen.

Como se dijo al comienzo, en el desarrollo teórico, cuerpo y psiquismo constituyen una unidad indisoluble, están ligados uno con otro. Tienen una relación de correspondencia que muestra por un lado la modalidad de funcionamiento del cuerpo ante la cual la psiquis responde de acuerdo a su historia y viceversa. Cristina responde a su estado físico actual con el sentimiento de miedo y lo hace de acuerdo a su historia.

La paciente siguió relatando las dificultades somáticas que surgieron en el trayecto de estas emociones, como fueron quedarse sin voz y afección de las vías respiratorias. Su problema podríamos pensar que comenzó en el cuerpo, pero luego siguió en su mente, afectando así toda su vida, su entorno, llevándola a consultar al Servicio de Salud Mental del Hospital Córdoba. ¿Cuál era el verdadero sufrimiento de Cristina? ¿Dónde radicaba su enfermedad?

A todo lo sucedido, podemos sumarle el factor socioeconómico y su historia familiar con su padre. Otras dos dimensiones en las que no se profundizó pero que podemos suponer estarían interconectadas con la realidad que acontecía.

En el caso de Cristina, podemos ver cómo la enfermedad o la pérdida de la salud, en su sentido fundamental es una realidad de experiencia humana vivida; que envuelve por completo al sujeto que la vive y por lo tanto no puede agotarse ni reducirse a los aspectos biológicos que la caracterizan. Incluso, en aquellas enfermedades que no son consideradas terminales, se puede percibir un cambio global en la forma de ser y vivir, afrontando situaciones de palpable impotencia, limitación y fragilidad, haciendo del cuerpo que no era percibido y silencioso se vuelve en un obstáculo externo, dando lugar a un sentimiento de desconocimiento de uno mismo. (Velázquez, 2023)

Así como ya vimos en Cristina la interacción de las diferentes dimensiones del enfermar, es importante considerar los reduccionismos en la mirada que pueden producirse al intentar encontrar las causas de dicho proceso. Estas miradas reduccionistas pueden darse en aquellos que asisten al enfermo, pero también en la misma persona que atraviesa la enfermedad. Un ejemplo de esos reduccionismos podemos verlo plasmado en la situación de Esteban, un hombre de 34 años atendido en Julio del año 2024. Esteban se encontraba internado en el Servicio de Hematología en una Sala de Aislamiento. Su situación era la siguiente: ingresó al

hospital en diciembre del 2023 para comenzar un tratamiento de quimioterapia contra la leucemia. Lo realizaba durante 15 días y luego descansaba unas semanas. Esteban era un paciente muy prolijo y constante en sus cuidados. Realizó un gran esfuerzo todo el tiempo que atravesó la quimioterapia, dejando su familia, su trabajo y asistiendo al Hospital a su debido tiempo. Al momento en que lo fuimos a ver, Esteban había tenido una recaída, motivo por el cual se encontraba aislado. Asistimos a la sala a partir de una solicitud de los médicos de ir a verlo. En los últimos estudios que le habían realizado, se encontró que quedaban en su cuerpo restos “diminutos” de la enfermedad, con lo cual el paso siguiente era esperar un trasplante de médula, motivo por el que lo internaron en una sala de aislamiento.

Frente a esta noticia el paciente se desanimó profundamente, y nos comentaba que al recibirla no pudo más que llorar de manera desconsolada. “Ya está cansado. Teme por su pronóstico de vida y en cierto momento pensó en abandonar todo e ir a ver a su familia.” (Registro de Campo N° 14). Esteban es de Arias, un pueblo que se encuentra a las afueras de Córdoba, en el límite con Santa Fe, por lo que el único contacto que mantiene con su familia es por videollamada, ya que les es muy costoso viajar a Córdoba.

Al paciente le cuesta hablar de sus sentimientos, sólo nos expresa desánimo por haber fallado en el tratamiento. Él era una persona muy activa y meticulosa en sus tareas, al igual que lo fue en el tratamiento contra la leucemia.

En los registros realizados encontramos lo siguiente: “El paciente refiere que estos últimos días ha dejado de sentir, una cosa como si él “no fuera”. -No siento nada-. Nos habla sobre lo que es la experiencia de estar aislado, de no poder escuchar un pájaro, un auto, no poder abrazar.” (Registro de Campo N° 14).

Vemos en este paciente, que es él mismo quien reducía todo lo que le sucedía a sus propias fuerzas, como si el estar sano o enfermo dependiera sólo de sus esfuerzos. Se adjudicaba a sí mismo el fracaso del tratamiento de la enfermedad. En este punto vemos cómo se manifiesta lo dicho por Velazco Suárez en cuanto a los reduccionismos, considerando particularmente el reduccionismo subjetivista: “pareciera que la persona se ve condenada al vacío de una incesante invención de sí mismo” (Velazco Suárez, 2019). Frente a este fracaso, no sólo lo auto adjudicaba a sus fuerzas, sino que también reprimía toda emoción, pareciendo darse por vencido y de esta manera no ser y no sentir”. Como si al fracasar su Yo, ya no existiera. No podía ver los múltiples factores que rodeaban su situación actual: la distancia con su familia, el hecho de estar aislado, el dolor físico de la enfermedad. Ante la fantasía de curación caída, surgió la desesperanza y con ello el desdibujamiento de la subjetividad. Me pregunto ¿dónde

estaba en Esteban la pulsión de vida? ¿Dónde el deseo? ¿Había algo que lo moviera a la vida? Si ya no podía ver el sol, recibir un abrazo, escuchar un pájaro.

Vemos en este paciente la importancia de la interacción de los diversos factores que nos constituyen para el bienestar. Podemos pensar cómo en Esteban los distintos factores se encontraban en interacción: pero no por la presencia, sino por la falta. Estos factores se encuentran en las distintas dimensiones del ser humano.

Una de las dimensiones afectadas por la enfermedad que se ven claramente en Esteban es la dimensión psicosocial. El paciente se encontraba solo. Solo en esa sala, solo en la lucha, solo en su sentir, solo en su proceso. Si bien estaban las enfermeras y los médicos que lo atendían con calidez, no estaban presentes los vínculos sólidos para sostenerlo en forma presencial. En su estado, la videollamada no era suficiente. Somos también un cuerpo, que siente, que necesita ser tocado, ser mirado, ser abrazado. El cuerpo erógeno se hacía escuchar en Esteban. Somos seres sociales, los otros nos constituyen, somos en relación a otros.

Frente al aislamiento, podemos preguntarnos cómo repercute éste en el cuerpo de quien lo vive. Vemos que a lo psíquico y afectivo le produce un efecto, pero a lo corporal, ¿es positivo o negativo? ¿Se aísla teniendo en cuenta los peligros físicos o también se atiende a las demás dimensiones de los sujetos? ¿Qué dimensión cobra mayor relevancia en estos casos?

Frente a Esteban, vemos una vez más que no se puede reducir su enfermedad sólo al aspecto biológico, o sólo al aspecto psicológico o social, o bien el subjetivo. Hay un todo en interacción puesto en juego.

El reduccionismo biológico, no ha sido una excepción en la práctica del Hospital. Presentamos el siguiente ejemplo, que sin intención de señalar a nadie ni moralizar sobre ninguna situación, pone de manifiesto cómo la mirada reduccionista biologicista puede darse por parte del personal de salud. El 1° de Julio llegó al Servicio de Salud Mental un pedido de Interconsulta por una mujer que se encontraba ansiosa porque le acababan de anunciar que al día siguiente le amputarían una pierna. La persona que se acercó a pedir la Interconsulta sólo fue hasta el lugar del Servicio con una hoja escrita y la dejó. Previo a que se fuera, la psicóloga que allí se encontraba la detuvo para preguntarle un poco más de información sobre la paciente. No asistí personalmente a las entrevistas de esta paciente, pero sí recuerdo que luego, durante la semana, se volvió a pedir otra Interconsulta por ella. Esta situación llamó enormemente mi atención y es por ello que la traigo a colación.

“Me da la sensación de cierta disociación de parte de algunos médicos. ¿Cómo puede procesar una persona que de un día para el otro ya no podrá caminar? ¿Que de un día para el

otro una parte de su cuerpo ya no está? ¿Cómo puede incluso un psicólogo intervenir allí cuando todo es tan precipitado? ¿Alcanza la palabra? Se necesita tiempo, elaboración. ¿Qué se espera del psicólogo ante esta situación?” (Registro de Campo N° 13). Estos son algunos de los pensamientos y cuestionamientos que me hice al momento de recibir la interconsulta.

En este caso, se ve claramente la visión reduccionista al cuerpo biológico, como si su pierna fuera solo algo aislado, separado totalmente de quien ella era. Volvemos a lo dicho anteriormente: la persona es corporal, el cuerpo es personal. Somos un “Unitas Multiplex”: una unidad múltiple en interacción.

8.2.2 VIVENCIAR ACCIDENTAL, FACTORES PREDISPONENTES Y AZAR EN EL SURGIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

“No enferma quien quiere, sino quien puede” nos dice el dicho. Dado a que nos encontramos observando la enfermedad desde la multicausalidad, podemos considerar esta célebre frase dentro de nuestra observancia. Hemos visto que la enfermedad no se origina por causas lineales, sino por factores en interacción; y dentro de estos factores podemos encontrarnos con aquello que ya estaba presente en la persona que enferma, y aquello que viene inesperadamente, aquello que viene de ese afuera complejo, múltiple y a veces desconocido. Es así que volviendo a lo teorizado por Freud en la Conferencia 23 acerca del camino de formación de síntoma, podemos considerar aquellos factores predisponentes y aquel vivenciar accidental de las series complementarias, que propiciarán o no el surgimiento de una enfermedad en los sujetos.

Las personas gozamos de libertad, pero no en el todo. Sin adentrarme en el asunto de la libertad de los seres humanos, es indiscutible que hay cosas que las personas no eligen, sino que están, que ya existen, que ya son. Entre ellas el código genético de cada uno, la familia en la que uno nace y los hechos que suceden de los cuales no tenemos ningún tipo de control. Es así que podemos decir: “No enferma quien quiere, sino quien puede”.

Las personas que se acercan al Servicio de Salud Mental del Hospital Córdoba y aquellos que llegan a la guardia o al internado, no son la excepción de esta realidad. Una de ellas fue Vanesa, una mujer de unos 45 años que se encontraba internada en el Servicio de Clínica Médica, por la presencia de un tumor de seis centímetros en su cabeza. En ella observaremos cómo el vivenciar infantil traumático constituía un factor disposicional a cómo enfrentaba su enfermedad en ese momento.

Siguiendo el Registros de Campo N° 27, vemos que al ingresar a la sala Vanesa se encuentra leyendo un libro que se titula “Víctima del miedo”. El motivo de la Interconsulta que llegó al Servicio de Salud Mental fue la presencia de una “fobia a las agujas”. Señalo entre comillas este diagnóstico por ser presuntivo y realizado por quienes la asistían en la sala. Por este rechazo a las agujas, los médicos y enfermeros no podían realizarle los estudios necesarios para el tratamiento de su enfermedad.

La fobia es el temor intenso e irracional hacia un objeto y considerando lo teorizado por Freud en su 2° Hipótesis nosológica acerca de la angustia, sabemos que la fobia implica un afecto asociado a un objeto específico, mudándose la angustia libre de objeto a un objeto específico que produce temor. “La angustia [...] es proyectada fuera del yo y ligada a un objeto exterior; de este modo se vuelve comprensible y evitable” (Freud, 1926/1992, p. 115). Por tal motivo, es de gran importancia para el profesional psi, poder indagar acerca de ese temor que produce cierta incapacidad en quien lo sufre, ya que hará todo lo posible por evitar ese elemento fobígeno. Sería de gran utilidad e importancia poder indagar y descubrir aquel objeto primario al cual estuvo ligado en un primer momento el afecto, para luego trabajar desde allí.

Al comenzar a conversar con Vanesa, nos comentó que su “fobia” no era a las agujas, sino a las banditas que le aprietan el brazo para el procedimiento de extracción de sangre. Le resultaba imposible dejarse tocar para que le colocaran una de esas banditas. Comenzó a contarnos de su familia. Estaba casada y tenía hijos. Refirió que sólo seguía luchando por ellos. Decía que si fuera por ella sería mejor que la indujeran en un coma. Algunas de sus palabras fueron:

-No sé qué hacer, cómo seguir. ¿Cómo se explica esto? ¿Tiene solución? Mi marido está enojado porque siente que lo abandoné, pero no puedo cumplir la promesa. No puedo, no lo controlo, sale lo animal de mí... No tengo voluntad ni conexión conmigo misma... Nunca tuve una pasión para hacer algo, un amor así por algo, nunca tuve pasión por la vida - Cosas que fue diciendo de un discurso largo y verborrágico. Tono de voz alto. (Registros de Campo N° 27)

También a lo largo de su discurso contó que su madre sufrió de depresión y se suicidó con un disparo. Manifestó que a lo largo de su vida nunca logró continuidad en ningún proyecto. Estudió múltiples carreras y dejó todas. Hace tres años fue diagnosticada con depresión pero nunca comenzó el tratamiento indicado. Repetía “No puedo” reiteradas veces.

El motivo de consulta fue la “fobia”, aunque para los médicos el problema mayor era la permanencia de un tumor en su cabeza y sus consecuencias. Con lo relatado, vemos que lo que acontece en la vida de Vanesa es mucho más complejo que una “fobia” en el sentido en el que fue señalado en el pedido de Interconsulta, como un rechazo a que la intervinieran con agujas. Detrás de ella se encontraba una historia de sufrimiento y temor. No podemos afirmar que el tumor surgió a partir de su sufrimiento, aunque no me resultaría disparatado pensar que se vincula a todo lo vivido. Tampoco se puede aseverar que su miedo exacerbado a las banditas elásticas se debía a la depresión, pero sí a un temor y al desgano por la vida. Me pregunto ¿qué la motivaba a vivir? ¿Dónde se encontraba la pulsión de vida en ella? ¿Qué papel jugaba el tumor en su estado anímico, dados los componentes neuroquímicos puestos en juego por la enfermedad?

Esta situación que atravesaba Vanesa, la de la presencia de su tumor y su temor a las banditas elásticas, nos hace pensar en la posible vinculación que este fenómeno tenía con su vivenciar infantil traumático por la muerte de su madre, así como la depresión que sufrió la misma previa al suicidio. Todo lo acontecido en su vida, puede haberla llevado a enfrentar esta nueva situación con temor, con desgano, con la sensación de no poder. Se observa en su discurso un sistema de creencias fuerte, sólido, que tiñe su forma de interpretar hoy la realidad que le acontece. “No puedo” es lo que repetía una y otra vez. Frente a los desafíos ella “no puede”, frente a los obstáculos prefiere dejar todo, dejar que lo animal salga de ella, desligarse del control, que los otros hagan, que la induzcan en un coma. No puede seguir viviendo con esa angustia y ese temor por eso no es activa y rechaza los cuidados o los estudios que podrían ayudarla a vivir. La fobia podría ser la expresión de un temor más profundo, de una angustia más profunda. Una angustia que la paralizaba, que no le permitía dar un paso, frente a lo cual ella era “víctima” en el sentido de la pasividad ante la posibilidad de cuidarse, de conectarse con lo vital. Pareciera que no se sentía dueña de su vida. Sus hijos la mantenían viva “hoy”, prefería que la induzcan en un coma, que se decidan por ella. Pareciera no haber tenido antes otros motivos por los cuales vivir: una profesión, por ejemplo.

Esto último también me lleva a tomar en consideración la pulsión de vida y la pulsión de muerte en Vanesa (Freud 1920/1992). Podemos decir que la pulsión de vida es sostenida por un sentido para vivir. En la mayoría de las personas, son sus seres queridos como familia e hijos, como lo es en la situación de Vanesa. Pero por otro lado nos encontramos con la pulsión de muerte, en los casos donde ya no se siente motivo por el cual seguir existiendo. Frente al dolor, al sufrimiento se desea dejar de existir. Vemos en Vanesa la intervención de estas dos fuerzas: el deseo de vivir por sus hijos, motivo convocante de la pulsión de vida y la pulsión de muerte por su historia de sufrimiento, suicidio de su madre, su propia depresión y ahora la enfermedad incurable, amenaza real a su existencia.

En Vanesa podríamos decir que la pulsión de muerte tiene preponderancia, ya que no podía aceptar las intervenciones médicas por su rechazo a las banditas elásticas, tomando una actitud pasiva ante los posibles cuidados. Ante esta situación, el personal psi junto al equipo de salud realizaron un trabajo cuidadoso de sus defensas y perseverante para intentar reconectar al “homo patiens” con el deseo de la vida. “Eros actúa desde el comienzo de la vida y, como ‘pulsión de vida’, entra en oposición con la ‘pulsión de muerte’, nacida por la animación de lo inorgánico.” (Freud 1920/1992, p. 40).

En este caso, podemos pensar cómo su historia pudo ser un factor predisponente de su enfermedad. Si bien no se podía asegurar una causa orgánica específica y predisponente a ese tumor, había una vida de sufrimiento, de complejidad, de temor, que la llevaron a encontrarse en esta situación difícil frente a la enfermedad. Podemos pensar también en lo teorizado sobre el estrés crónico como factor de deterioro de estructuras y áreas cerebrales, haciendo surgir pérdidas de memoria, menor gestión de impulsos y peor respuesta a estímulos amenazantes (Mc Ewen, BS. et al. 2016).

Mc Ewen, BS. Nasca y Gray (2016), nos introducen en el término de “alostasis epigenética” describiendo cómo experiencias tempranas programan la respuesta al estrés a través de mecanismos epigenéticos, lo que puede favorecer la resiliencia o la vulnerabilidad a trastornos mentales. Así mismo, la Dra. Rojas Estapé (2024), nos señala que vivir con miedo durante años, como en el caso de Vanesa, puede ser la causa de una depresión y que el estado elevado de cortisol puede llevar también a la persona a problemas en el aprendizaje. Dicho esto, podemos pensar que no es casualidad que Vanesa no haya podido terminar una carrera, que tuviera la sensación de no poder, que al llegar a su habitación no recordara mucho de lo sucedido en los días anteriores y que hiciera tres años que sufriera de depresión.

Al llegar ese día a su camilla, ella decía que no recordaba nada, que se olvidaba las cosas muy rápido, que estaba un poco perdida a veces. Al escuchar su historia, vemos continuas situaciones de estrés, de tensión, que no fueron contrarrestadas con factores protectores. A todo esto, lo podemos llamar vivenciar traumático, alostasis epigenética y considerarlo un factor predisponente a la enfermedad que estaba atravesando y una explicación a la forma en que ella respondía a la enfermedad.

Analizaremos ahora la situación de Daniel, un hombre de sesenta años aproximadamente, al que en el año 2012 le diagnosticaron esclerosis múltiple, que según la Clínica Universidad de Navarra (s.f), es la más común de las enfermedades inflamatorias que dañan la cubierta de las fibras nerviosas (mielina) del Sistema Nervioso Central (SNC). Algunas de sus manifestaciones son la fatiga, el deterioro intelectual (incluso en fases iniciales o formas benignas), las alteraciones del control motor, y episodios transitorios breves de síntomas repetidos. En cuanto a las causas que la originan, no se ha llegado a un resultado común y certero, pero las hipótesis más convincentes, la asocian a una alteración genética junto a un factor ambiental, infeccioso o no, que pone en marcha un proceso inmunológico que ocasiona la alteración de las paredes de los vasos cerebrales, edema e infiltración de células activadas en el sistema nervioso central. Daniel era muy consciente de su enfermedad. Él asistía al Servicio de Salud Mental por consultorio externo y acudía no por la esclerosis en sí, sino por cómo ella repercutía en su vida. No me detendré en este apartado a realizar un análisis más profundo de las repercusiones de su enfermedad en su vida, sino más bien a observar, cómo en Daniel la esclerosis no se dio por un evento accidental, o por un hecho traumático en sí, pero sí en cómo se podría vincular a una dotación hereditaria, genética en interacción con un factor ambiental externo.

En la primera sesión que estuve con Daniel, él comentó de su enfermedad y me la explicó con detalles. Dijo que, ante situaciones de estrés, tenía brotes por la esclerosis, y que para él su problema era en parte psicológico y en parte orgánico. Lo expresó diciendo: “Para mí, mi enfermedad es 55% psicológica, y 45% orgánica” (Registros de Campo N° 22). Refirió también que en su infancia sufrió mucha violencia familiar e ignorancia y que por ello actualmente tenía baja autoestima. Para él la enfermedad era “un misil a uno, una pistola apuntando cada vez que caminas”. (Registros de Campo N° 22).

Vemos en Daniel claramente los factores predisponentes, como lo son la dotación hereditaria y los factores ambientales externos. La dotación hereditaria en el gen de la esclerosis, posiblemente fue activado por la violencia familiar y el ser ignorado en su infancia entre otros muchos factores de estrés que le acompañaron. No sería casual que, ante los factores de estrés,

Daniel tuviese brotes de su enfermedad. Hay una significación en los hechos que le sucedían en el presente, una significación fundada en una historia personal, que constituyen su forma actual de ver el mundo, la vida y su enfermedad. Vemos así que aquello que viene heredado, aquello constituido, se interrelaciona con aquello que viene de afuera, siendo lo primero un factor que influye en la manera de responder a lo externo, resultando en una respuesta u otra.

En el presente de Daniel, la enfermedad causaba aislamiento, procrastinación, vergüenza, pereza. Pero no es la enfermedad en sí, sino el significado que él mismo le ha otorgado debido a sus creencias en cuanto a quién es él, a su identidad como construcción. Él mismo lo reconocía diciendo:

- 'Tengo baja autoestima, y me hago el pelotudo para postergar. ' - Vuelve a decir que no le encuentra sentido a su vida. - 'Sigo con la procrastinación a full. Me lleva a pensamientos malos. A trabajar cosas que no me corresponden. Tengo que construir una vida'. El estrés lo llevó a tener un brote de esclerosis en la pandemia. - 'No. Las decisiones que tomo no duran en el tiempo. Esto, falta de hábitos saludables, hace que la esclerosis tenga mucho más poder'. (Registro de Campo N° 22).

Ya vimos la interrelación entre el vivenciar traumático, de la epigenética y de factores predisponentes, pero podemos incluir un tercer factor en el surgimiento de la enfermedad que es el que Newton llamaría “el principio de incertidumbre”, más bien entendido “el azar”. Este principio nos acompaña durante toda la vida lo queramos o no. Refiere a aquellas circunstancias inciertas, poco probables, impensadas, que no permiten que abarquemos el todo de nuestra vida. A su vez, como vimos en Vanesa y en Daniel, hay cierto azar, cierta “lotería”, como decía Lacan (1973), en el suceder de nuestra vida. Lacan señala que lo que se repite en la experiencia humana se produce “como al azar”, lo cual nos habla de la presencia constante de lo fortuito en nuestra existencia y su influencia en la formación del sujeto. Esto lo vemos con claridad en lo acontecido en la vida de Elena. Era una mujer de unos sesenta años aproximadamente, que llegó a la guardia del Hospital Córdoba porque su perro pitbull le mordió la cabeza y el brazo. Sus heridas eran muy graves al punto que casi le amputan el brazo mordido por el perro. En los Registros de Campo N°20 encuentro lo siguiente:

Cuando vamos a entrevistarla comenzó contándonos toda su historia, su matrimonio, que quedó viuda, vive en un barrio donde estaba habiendo inseguridad y por Facebook

consiguió este perro. Le mintieron al momento de dárselo, y nunca le contaron que antes había tenido un ataque a una niña de nueve años. Entre el temor y el cariño se manejaba la relación con su perro. Cuenta que una vez tirada en el piso de su casa lloraba y el perro lloraba con ella, pero en otros momentos para ingresar debía tirar comida para que no la mordiera. Cuenta también de cierta violencia de parte de su esposo cuando le descubrieron cáncer. No refiere quejas sobre eso e incluso cuando lloraba en su casa era porque lo extrañaba.

El accidente sucedió entrando a su casa. Esta vez no le habían tirado comida, y el perro quedó detrás del portón. Al ingresar la atacó. Vive en el barrio San Roque.

Tiene sentimientos de culpa por haber producido un peligro para otros al adoptar este perro, a la vez que siente culpa si lo matan, ya que se había encariñado con él. Es taxista y está preocupada por lo que sucederá después cuando salga del hospital, qué sucederá con el perro. Teme que su familia vaya a su casa y se encuentre con el perro. (Registro de Campo N° 20)

Una vez más, lo que nos convoca es el hospital, el cuerpo afectado, pero detrás de él una historia, un sufrimiento más allá del cuerpo. Elena llega a esta situación no por quererla ni buscarla, sino por un hecho totalmente azaroso como lo es la mordedura de un perro. Ahora cabe preguntarnos ¿cómo llegó Elena a un perro que se sabe que es tan violento? ¿Existe algún tipo de vínculo entre la violencia vivida por parte de su marido y la violencia del perro? ¿Qué conexión subjetiva hay entre estos hechos violentos? Una vez más no me detendré a analizar profundamente las implicancias psíquicas que tuvo la violencia en Elena, pero sí podemos observar cómo entran en interacción su historia personal, su vivenciar traumático por la violencia sufrida en su casa, junto con el azar de la mordedura de un perro. A su vez en su contexto se vive la violencia de la inseguridad, hay algo en relación a la violencia que envuelve la subjetividad de Elena y que interviene la situación que atraviesa. No son factores aislados en la vida de la paciente, sino que hoy se manifiestan en la condición corporal de Elena, se manifiestan en el hospital que nos convoca y que no sólo aborda su cuerpo, sino también su mente, su subjetividad.

8.2.3 MÁS ALLÁ DEL CUERPO

Habiendo diferenciado los términos que definen la enfermedad, nos enfocaremos en lo que respecta al término “illness”, sabiendo que el mismo se refiere al estado singular de la persona que enferma. Con ello lo que se busca es poder reconocer el vivenciar subjetivo de la misma, con la plena certeza de que padecer una enfermedad no sólo implica una dolencia o una condición física, sino un estado que abarca a la persona en su totalidad. Cuando a una persona le duele la cabeza, no sólo le duele esa parte de su cuerpo, sino que padece todo su ser. A su vez, quien enferma atraviesa una pérdida o más aún una suma de pérdidas, lo cual implicará un proceso de duelo que, si es afrontado saludablemente, podrá ser elaborado. No siendo así pueden instalarse duelos patológicos, depresión o melancolía.

Tomaré algunos registros de la práctica realizada para poder vislumbrar este fenómeno que es palpable a la vez que misterioso.

La enfermedad irrumpe en el cotidiano curso de la vida, nos dice Beatriz Gómez (2020). Quien enferma gravemente ya no puede realizar las tareas y actividades que realizaba cuando su cuerpo se encontraba sano. Esto no es simplemente dejar de realizar una actividad, sino que pone en marcha múltiples procesos que hacen al yo de quien enferma, pone en juego a todo el ser, a su historia, su presente, sus vínculos, sus responsabilidades, sus habilidades. Entran en juego todas las dimensiones de la persona.

Para ilustrar lo dicho tomaremos en primer lugar la situación de Antonio. Era un hombre mayor que se encontraba internado por presentar una enfermedad llamada dermatomiositis, la cual es definida por la medicina como una miopatía inflamatoria idiopática, caracterizada por ser una enfermedad autoinmune que tiene manifestaciones musculares y extramusculares como lo son en la piel, en el corazón, zona gástrica y pulmones. (Bertorini, T; Meza, K; & Chunga, N, 2019). Por lo investigado y lo visto es una enfermedad de gravedad alta, que afecta a gran parte del cuerpo y por la cual se pasa mucho dolor.

Llegamos a Antonio por una interconsulta realizada al servicio de Salud Mental el día 27 de mayo del 2024. El motivo de la Interconsulta era que el paciente se encontraba en una situación crítica luego de una cirugía y que había tenido un intento de suicidio estando internado en el hospital. Esa fue la única información que recibimos ante lo cual fuimos rápidamente a ver al paciente junto con la psiquiatra y la psicóloga. Los registros de ese día relatan lo siguiente:

Antonio se encuentra aislado. Ingresamos a la sala con bata y barbijo y todas las medidas preventivas necesarias. Se encuentra en una esquina de una habitación, solo. Está atado de manos, su rostro está muy delgado, sus ojos tristes, su voz es muy bajita. Dice que está desesperado, que siente mucho dolor, que no aguanta más. Le preguntamos por el intento de ahorcamiento, y en realidad había sido un intento de electrocutarse con una máquina que había dejado el fisioterapeuta. Estaba afligido porque 'no funcionó', 'el cable está enganchado y no se cortó'. Dice que está desesperado, que quiere irse. Habla entre llanto, caen lágrimas. Dice que no puede dormir. Tiene familia, pero él no es de Córdoba capital, es de un pueblo de Córdoba, Marcos Juárez. La psiquiatra le receta una medicación para que pueda dormir y pueda tranquilizarse. También la psiquiatra le pregunta si era católico, y él dice que sí, que no ha parado de rezar, pero la conversación se fue para otro lado.

Al retirarnos gritaba 'estoy desesperado, por favor ayúdenme'. (Registro de Campo N°5).

Vemos en Antonio afectadas varias dimensiones de su ser a partir de su enfermedad. En primer lugar, en lo que respecta a su dimensión corporal. Ya señalamos que la enfermedad que atraviesa es compleja y que afecta a múltiples órganos de su cuerpo, motivo por el cual no puede realizar muchas actividades.

A la semana siguiente del intento de electrocutarse lo visitamos y nos encontramos con la siguiente situación:

Está sentado, tieso, conectado a máquinas, y a comida (ya no puede comer por la boca). Hablamos sobre su temor a lo que suceda después de la internación al volver a su casa. Él quiere ser independiente, no depender de nadie. No podrá trabajar de lo que trabajaba antes (trabajaba con su cuerpo, en la tierra), pero sí nos cuenta sobre jardinería que era algo que le gustaba. Pensamos que podría hacer algo de eso. (Registro de Campo N°5).

Dicho esto, vemos cómo aquí se encuentran las primeras pérdidas a atravesar: la de su cuerpo sano y su trabajo. A la vez, esta situación le genera cierto sentimiento de culpa o temor por tener que depender de otros, algo que él no quiere. Con esta enfermedad perdía también el autodomínio y la sensación de independencia.

En segundo lugar, en la dimensión psicosocial se ven afectados sus vínculos afectivos. Antonio no era de Córdoba Capital, su familia se encontraba lejos y los recursos económicos eran escasos, por lo que les resultaba difícil viajar hasta el lugar de internación. Además, por las características de su enfermedad se encuentra en aislamiento y el personal que se acerca a él debe hacerlo con precauciones, como lo son el uso de barbijo, de bata y de cofia.

Este no es un tema menor, ya que múltiples estudios realizados muestran que la sensación de soledad deteriora la salud física, emocional y cognitiva. En adultos cognitivamente normales, por ejemplo, se ha encontrado una asociación entre la soledad y una mayor acumulación de placas amiloides corticales, que están vinculadas a enfermedades neurodegenerativas (Donovan et al., 2016). Por otro lado, la soledad también ha sido identificada como un factor de riesgo para el desarrollo de demencia y otros efectos adversos sobre la salud (Na et al., 2023).

Podemos también diferenciar la soledad del aislamiento. Una persona puede encontrarse aislada, pero sentirse profundamente acompañada por los seres queridos. Otras veces, el aislamiento lleva a la persona a sentimientos intensos de soledad, generando en ella sensación de vacío y de dolor social. Asimismo, por diversos estudios, sabemos que el dolor social duele igual o más que el dolor físico. Ante el sentimiento de soledad o de rechazo, se activan las mismas zonas del cerebro que se activan ante el dolor físico. ¡Duele que no nos quieran! ¡Duele sentirse solo! De este modo, en la vida de Antonio, este factor influía profundamente en su bienestar, explicaba su angustia y sufrimiento. Al sentirse solo se sentía deprimido y la pulsión de vida se veía debilitada. Aquí encontramos también un segundo elemento perdido: sus vínculos.

Por último, la dimensión espiritual de Antonio también puede vislumbrarse en lo relatado. “No ha parado de rezar”. Ante el límite de la vida, todo el ser se pone de manifiesto. Si bien no se indagó en profundidad en este asunto el primer día que se lo asistió, en las siguientes visitas de seguimiento realizadas, vimos que era en él un asunto importante. Se registró lo siguiente: “Dice estar arrepentido de su pecado que desearía confesarse. Se lo ve mejor. Para alejar los malos pensamientos dice que recurre a la oración” (Registros de Campo N° 5). Y otra vez se registró: “Dice que tiene dos mundos dentro (Dios y el diablo) ...Parece que es algo que lo aflige, tiene miedo de que eso de las macumbas tenga alguna consecuencia sobre él”. (Registros de Campo N° 5).

Como señalamos, Antonio atravesaba múltiples pérdidas y su enfermedad no había afectado sólo su cuerpo. Su enfermedad era existencial, iba más allá de los signos físicos y

visibles y desde nuestro lado sólo podíamos ver una parte pequeña de su sufrimiento. Ante esta situación, claramente Antonio se encontraba realizando un proceso de duelo, que, por lo visto y registrado, podríamos decir que no fue afrontado de manera adaptativa. Antonio intentó quitarse la vida, tenía pensamientos invasivos, sentimientos intensos de angustia y desesperación. Todo esto no es sorprendente ni casual, sino más bien una convergencia de factores que han resultado en la totalidad de la situación. Entre ellos encontramos, su enfermedad física, su soledad, aspectos de su historia que nos relató en otras entrevistas, sus creencias religiosas, entre otros que no conocemos.

Continuando con la temática del duelo, hablaré ahora de Dalma, una mujer joven que asiste al servicio de Salud Mental del Hospital por Consultorio Externo. Su estado de salud física era crítico. Fue diagnosticada con un tipo de leucemia y una enfermedad conocida como Síndrome Antifosfolipídico, una enfermedad autoinmune que produce anticuerpos que se dirigen a factores de la coagulación, produciendo una mayor tendencia a generar coágulos. (Inforeuma, s.f.). Debido a esta enfermedad, Dalma también padecía de TEP, un tromboembolismo pulmonar caracterizada por formación de coágulos en el sistema circulatorio venoso que pueden ser liberados en la circulación general y llegar a las arterias pulmonares. (Clínica Universidad de Navarra, s.f.).

Podemos ver en Dalma, al igual que en Antonio, un padecimiento que va más allá de su cuerpo. En la primera entrevista que pude presenciar con ella, manifestaba angustia intensa y lo hacía del siguiente modo:

Está quebrada emocionalmente. Expresa que “no da más”. Se larga a llorar. Presenta altos niveles de angustia. Sacó a colación temas de los cuales no había mencionado anteriormente en terapia. Nos cuenta del bullying que le hacen a su hija y de los problemas que trae la escuela de la hija. Hay problemas con los maestros, directivos y compañeros. También trae a sesión el tema de su hermana que está embarazada, diciendo que es también un problema porque es algo más para hacerse cargo. Su madre murió hace un año de cáncer, el padre tiene cáncer de próstata (vive en Monte Cristo). Pasa de médico en médico, está angustiada por su caída de pelo, la hija le pregunta por qué se le cae. Tiene una plantilla con los turnos, las pastillas que debe tomar, etc. (Registros de Campo N° 18)

Dalma no sólo debía ocuparse de su cuerpo, había un mundo alrededor de ella del cual debía o sentía que debía hacerse cargo. Si seguimos con lo teorizado por Mucci (2004) en cuanto a la diversidad dimensiones en interacción, podemos considerar y observar lo siguiente: en lo que respecta al exosistema, entendiéndolo como las instituciones y organizaciones en las que transcurre la vida de la persona, nos topamos con la escuela de su hija y con el Hospital Córdoba donde asiste Dalma para tratar su enfermedad. En ambas instituciones se presentan obstáculos, que son cotidianos del funcionamiento de esas organizaciones y compartidas por las personas que concurren a ellas: las diferencias con los compañeros y las autoridades, el tiempo de espera de los turnos, los recursos económicos que se necesitan para asistir, etc. La particularidad es la situación de Dalma en su enfermedad. Esta dimensión, junto con la debilidad de su cuerpo hacen que todo sea de un peso mayor para la vida de Dalma y que la viva de una forma ansiógena y angustiante.

Por otro lado, en lo que respecta al entorno inmediato y a la dimensión interaccional sistémica, vemos una dimensión debilitada en Dalma, ya que es una madre que debe hacerse cargo sola de su hija al no contar con un sistema familiar de apoyo. Los que la rodean dependen de ella, recurren a ella en sus dificultades. Su hermana es motivo de gran preocupación, al igual que su padre que también se encuentra enfermo. Además, su madre murió hace no muchos años también de cáncer. No habría en la realidad de Dalma un sistema de apoyo, que ayude a sobrellevar su enfermedad y todo lo que implica. Sabemos que cuando la red afectiva está presente en la vida de la persona, se constituye como un factor protector muy importante.

Estas dimensiones mencionadas entran en interacción con la dimensión psicodinámica, que alude a los contenidos y modalidad de funcionamiento de los procesos intrapsíquicos. La respuesta de Dalma a su situación actual es la angustia, el cansancio, el desborde: expresiones como “no doy más”, su llanto, son manifestaciones de estos procesos internos que se ponen en juego.

En otra de las sesiones manifestó enojo y cansancio:

...dice que todo va peor, y eso la enoja porque ella cumple bien con su tratamiento, que toma todas las pastillas. Estoy cansada, podrida... a veces pienso en dejar todo y dejar todo en manos de Dios, que pase lo que tenga que pasar, pero yo estoy cansada’.

(Registro de Campo N° 18).

Frente a esto, vemos cómo no todo depende del cuerpo. ¿Qué es lo que Dalma no estaba pudiendo controlar? ¿Se puede controlar lo que sucede en el cuerpo? ¿Por qué a veces dejaría todo en manos de Dios? ¿Hay alguien más que pudiera hacerse cargo de sus cosas o ayudarla? Su enfermedad era autoinmune, era su propio cuerpo el que había tomado el control, el que la había afectado, el que le había hecho daño. Dalma respondía queriendo controlar todo. ¿Podría ser una forma de defenderse? ¿Una forma de hacerle frente a su cuerpo quién quería tomar el control?

Todo esto podemos observarlo en otro fragmento de los registros donde se decía lo siguiente:

No está pudiendo trabajar, el contrato del dpto. se le vence a fin de mes, no tiene donde irse y no sabe cómo se va a organizar. Se muestra angustiada, sobrepasada. Está cansada de las pastillas, las alarmas, los turnos. Están en estudio para ver si hay una metástasis en los ovarios, metástasis del hígado. Por su cansancio de las pastillas, no quiere tomar más las psiquiátricas, aunque entiende que es algo temporal. Está preocupada por su hija, que le pregunta qué le pasa. Su hermana también depende de ella, la llama por la noche.

Vemos claramente aquí todos los factores en interacción: su trabajo, su cuerpo, su autoimagen, sus vínculos, sus recursos, sus emociones.

Por último, en lo que respecta a lo comportamental, vemos que Dalma respondía con responsabilidad y perseverancia al tratamiento propuesto por los médicos. Era muy prolija en sus estudios y en su medicación, pero aun así no había una mejora. Ante esto, respondía con enojo y grandes montos de ansiedad y angustia.

Eran muchas las pérdidas que Dalma debía duelar, muchas las circunstancias que se debían procesar. Por tal motivo, tampoco es de sorprenderse, como en el caso de Antonio, que se encuentre sobrepasada, que su cuerpo no responda a la medicación, que haya angustia y ansiedad. Todo su Yo se ve debilitado, la libido no tiene dónde reposar, dónde descargar.

Tanto en Antonio como en Dalma, vemos dos formas de atravesar la enfermedad diferente, pero similares en algún sentido. En ambos las diferentes dimensiones de la vida entran en interacción, pero en Dalma, a diferencia de Antonio, hay vínculos presentes, pero no de apoyo, sino de los cuales debe hacerse cargo. Esto podría ser un motor que la lleve a seguir

luchando y manteniendo la vida. Mientras que, en Antonio, no había ese motivo para luchar ya que no encontramos tales vínculos.

Por otro lado, en ambos vemos el sentimiento intenso de angustia. Mientras que Dalma responde intentando controlarlo todo por medio del cumplimiento de las prescripciones médicas, Antonio responde con el acting out, intentando quitarse la vida, con gritos y llanto, buscando la salida fuera de sí. Por último, en ambos vemos cómo no es sólo el cuerpo lo que constituye su padecer. Hay una historia, una forma de ver e interpretar la realidad (disfuncionales en ambos casos), un entorno que influye, una vida interior que conservar. En fin, una vida subjetiva, única y particular de cada uno, que vive de manera singular la experiencia existencial del enfermar.

Con todo lo desarrollado, tomamos lo dicho por San Juan Pablo II, de que el terreno del sufrimiento es ampliamente más grande y pluridimensional (Juan Pablo II, 1984). A esto se suma el valioso aporte de Cicely Saunders con su concepto de “Dolor Total”, al señalar que el dolor no se limita a lo físico, sino que debe entenderse como una experiencia profundamente emocional, social, espiritual y psicológica. Como ella misma lo expresó: “El dolor total comprende los temores del paciente, su aislamiento, ansiedad, y búsqueda de sentido, así como su sufrimiento físico” (Saunders, 2001, p. 11). Esta mirada integral nos lleva a comprender que el dolor trasciende lo puramente sensorial: es también una emoción socialmente compartida, enseñada y aprendida, que se inscribe en la cultura, la historia personal y las relaciones humanas (Kastenbaum, 2003).

Es así, que ante las vivencias de Antonio y de Dalma, se produjo en mí una gran conmoción. No fueron personas que pasaron desapercibidas, ni a mí ni a la psicóloga que los acompañó (que en ambos casos fue la misma profesional).

En observaciones realizadas durante el tiempo de la práctica, registraba lo siguiente acerca de mi propia vivencia ante las entrevistas realizadas a Dalma:

Esta paciente me conmueve muchísimo. ¿Cómo lidiar con la vida cuando el cuerpo pone tantos límites? Volverse esclavo del cuerpo. ¿Qué implicancias tiene todo lo que está viviendo? No es sólo dolor físico, es emocional” (Registro de Campo N° 18).

En lo que respecta a la situación que atravesó Antonio, escribía lo siguiente:

Esta situación me conmovió muchísimo, ver a un hombre llorar y con tanta angustia me impactó, me dio impotencia, me dio tristeza. Además, no podía tocarlo, darle la mano, un abrazo. ¿Qué sentirá? ¿Dónde sentirá la angustia?

Me impacta pensar que alguien quiera quitarse su vida. ¿Su identidad está perdida? No quiere sufrir más. ¿No tiene ningún sentido para él seguir viviendo? (Registro de Campo N°5).

Es así que cuando alguien sufre, cuando hay un sujeto doliente delante nuestro, podemos sentir (en diferente medida), lo que el dolor significa y de allí empatizar. No se siente en el cuerpo ajeno al dolor el mismo dolor en el cuerpo, pero sí lo que cognitivamente implica.

8.2.4 PRÁCTICA DE LA SUBJETIVIDAD EN TERRITORIO MÉDICO

Si hablamos de “abordaje psicológico”, nos referimos al modo de abarcar y de trabajar una dimensión distinta a la que está habituada trabajar el personal médico, ya que mientras éste se ocupa de los síntomas y signos físicos, la psicología aborda la subjetividad de quien enferma. Es llamativo y desafiante, ya que como se mencionó anteriormente, lo que convoca a la población a un hospital es el cuerpo que enferma, es la enfermedad orgánica que busca una solución. Es el hospital al cual llamamos territorio médico el lugar en el que la Psicología durante muchos años actuó como auxiliar de la medicina.

Sin embargo, con el correr de los años, la Psicología ha encontrado su lugar, su inserción en este territorio, a partir de la certeza de que el ser humano es un ser multideterminado y multidimensional. No sólo enferma un cuerpo, enferma una persona. Dicho esto, podemos adentrarnos en lo que implica el abordaje psicológico y observar cómo este se lleva a cabo en el Hospital Córdoba.

Dijimos que el abordaje psicológico se orienta a las manifestaciones psíquicas que muestra la persona, pero no sólo en su discurrir (dimensión psicodinámica cognitiva) o en sus vínculos

interaccionales, sino también en su dimensión comportamental, es decir sus gestos, actos y actitudes, así como intenta profundizar, junto con el paciente, en el conocimiento y la comprensión de la crisis por la que se atraviesa, a fin de que sepa cómo lo afecta.

El abordaje psicológico en un hospital no se realiza en todos los pacientes que asisten a él, sino sobre aquellos sobre los cuales se ha realizado una Interconsulta. Ésta puede provenir tanto del personal médico como del mismo paciente, constituyendo así un motivo de consulta que llegará al servicio de Salud Mental.

Es importante en este punto poder atender al motivo de consulta. Por eso me detendré en este aspecto, ya que para poder realizar un buen abordaje es necesario partir del motivo que lo ocasionó. Para ello es indispensable conocer cuál es el verdadero. Es así que Uzorskis (2002), diferencia el motivo de consulta manifiesto, del motivo de consulta latente, siendo el primero aquel que llega al servicio de Salud Mental en boca de algún médico jefe de Servicio, algún médico residente, algún enfermero, asistente social u otro profesional relacionado al caso. Mientras que el motivo de consulta latente es aquel que hay que develar, es aquello que verdaderamente se desea, se busca con este pedido de atención.

En algunas ocasiones, el motivo de consulta latente es explícito y se encuentra en boca del paciente. En otras proviene de alguna situación que está atravesando el personal médico y en muchas otras ocasiones se encuentra en el inconsciente del sujeto al cual se visita. La propuesta del Interconsultor Psi apunta a trabajar sobre el plus que la enfermedad médica genera, tanto en el paciente como en el equipo de salud.

Esto lo podemos ver en la interconsulta realizada el día 25 de Julio desde el Servicio de Hematología, donde el motivo de interconsulta que se realiza es porque los médicos consideran que María Eugenia, una mujer de 50 años, con diagnóstico de leucemia, está pasando por varias situaciones bastante “pesadas” y piensan que sería bueno que hablara con un profesional de Salud Mental, aunque ella se mostraba optimista y bien emocionalmente. Al visitar a esta mujer, se registró también lo siguiente:

Antes de ingresar a la sala, entrevistamos a los médicos, para también escucharlos a ellos. Nos relataron todo lo que sucedió. Para ellos esta paciente, y todas las complicaciones que tuvo, implicó mucha movilización. Ella se encuentra bien, tranquila. Le decimos que puede hablar con nosotras cuando quiera y que no siempre tenemos que estar contentas. Ella sonríe y agradece la visita (Registro de Campo N°17).

Podemos observar que en la situación presentada el motivo de consulta manifiesto tenía que ver con los duelos que debería estar atravesando la paciente y la carga emocional que implicarían los distintos sucesos que tendría que vivir. Pero, al realizar la interconsulta, descubrimos que ella se encontraba emocionalmente estable, mientras que para los médicos estaba siendo una situación dura. Es así que el motivo de consulta latente, podríamos ubicarlo del lado de quienes asistían a María Eugenia. Había una situación difícil de atravesar para los médicos, a quienes se escuchó y atendió. Se dedicó un tiempo considerable a que pudieran hablar y expresar lo que sentían en torno a la situación de Natalia, sin que ellos supieran que parte de esa escucha era también considerada práctica de la subjetividad en territorio médico. Los aportes de Mucci (2004), en cuanto al abordaje psicológico, me sirvieron de guía durante mis observaciones en la Práctica. Si bien no todas las estrategias señaladas por el autor fueron abordadas en cada paciente, se fueron desarrollando en las distintas intervenciones realizadas. Considero que lo propuesto por Mucci es una guía fundamental para la intervención psicológica en el ámbito hospitalario de internación.

Vemos en el caso presentado, un primer nivel de intervención que corresponde al equipo de salud. La intervención, si bien se realizó sobre la paciente, no fue sólo sobre ella, sino también en aquellos que la cuidaban, acompañaban y trataban su cuerpo.

Mucci señala que el trabajo se realiza tanto con el paciente, como con la familia y el equipo de salud. Otro ejemplo de este trabajo es el siguiente: El día 23 de agosto le llega a una de las licenciadas del servicio de Salud Mental el siguiente audio:

Hola Lic. Buen día, te habla N, de Onco, Hemato, recién fui acá, eh bueno, veo que están con muchos pacientes, quería presentarte una paciente, Natalia, de 43 años. Esta paciente tiene diagnóstico reciente de leucemia aguda, sospecha de una leucemia mieloide aguda, emm... lleva poquitos días internada acá con nosotros, había entrado en un inicio a la UTI, con una genitorragia que requería transfusiones, le hicimos la transfusión. Ella en un principio no quería que le dijéramos nuestra sospecha diagnóstica, el día de ayer le tuvimos que... bueno le dijimos y aceptó que le informásemos el diagnóstico, que, como te digo, fue una leucemia aguda, lo cual estuvo con mucha labilidad emocional todo el día, con mucho llanto, eh, es una impresión nuestra también que no la vemos muy convencida con el tratamiento, que pueda llegar a adherir al tratamiento. Tiene un leve perfil, me hace acordar a MN, ¿se acuerda la paciente que se fue de alta voluntaria? Me da una impresión, personal. Emm, y bueno

era para saber si ustedes podían dialogar con ella, porque es bastante cerrada para con nosotros el diálogo, le cuesta expresar lo que siente, las preocupaciones para con la enfermedad. Le preguntamos y dice que está todo bien, pero uno ingresa y llora, y tiene como cierto retraso madurativo, por decirlo de alguna forma, porque eso no está bien filiado en la historia clínica y bueno creemos que por ahí podían ustedes ayudarnos de ese lado para ver si ella puede expresarse más fácil con ustedes con respecto a como esta con su enfermedad, los miedos que pueda llegar a tener, y poder abordar el tratamiento porque ya tenemos la quimioterapia y podría ya arrancarla” (Registro de Campo N°21).

La interconsulta se realizó una semana después, ya que ese día la licenciada no había podido asistir. Al realizar la interconsulta, mientras llegábamos al área de Hematología nos encontramos con algunas de las enfermeras que atendían a Natalia. Ellas expresaban lo siguiente al vernos: “Por favor llévatela a tu casa, o dame un clona”. Luego nos cruzamos con otra de las médicas que contaba que la paciente no quería bañarse y no tenía iniciativa para asearse, que defecaba y orinaba en la cama. Decían que la paciente no colaboraba y se encontraba desganada.

Luego de estas conversaciones procedimos a entrevistar a la paciente, quien expresó estar muy bien. De ella se registró lo siguiente:

No refiere tener pensamientos malos, a la noche dice que le cuesta dormir pero no tiene malos pensamientos. Está haciendo picos de fiebre muy altos y dice que la fiebre la hace delirar, pero no muestra mucha preocupación al respecto. Nos cuenta de su hija que tiene un diagnóstico de TEA, nos habla con propiedad, no parece tener ningún tipo de retraso como expresaron en el motivo de consulta los médicos. Su aspecto físico no es prolijo. Tiene barbilla y bigotes, pero ella dice que sí se bañó, se peinó y se encremó. Expresa estar bien de ánimos, habla por videollamada con sus amigos y prefiere estar aquí antes que estar en la UTI. (Registros de campo N°21).

Después de entrevistarla, hicimos una entrevista a los médicos, quienes nos comentaron que al diagnóstico previo se le sumó un cáncer de tiroides, pero que aún no se lo han podido decir, ya que creen que aún no procesa el diagnóstico de la leucemia. Allí nos explicaron que creían que tenía un deterioro cognitivo porque ha preguntado repetidas veces si le están realizando el

tratamiento para la leucemia a lo que ellos responden que ya se le está haciendo. Frente a esta situación, la familia de Natalia consideraba que los médicos eran poco empáticos por repetirle tantas veces aquello que está padeciendo. Por este motivo fue la familia quien solicitó una interconsulta con Salud Mental.

Vemos en este hecho relatado cómo el motivo de consulta que llegó al Servicio era diferente al que expusieron los médicos.

Frente a esta situación, registré lo siguiente en cuanto a cómo lo viví y reflexioné personalmente y junto con la licenciada:

La interconsulta no se trata tanto de generar un efecto lineal al paciente, sino de ver qué pasa en el vínculo médico paciente, y quizás desde allí hacer algo, generar algún tipo de efecto. Para los profesionales médicos también es difícil sobrellevar tantos diagnósticos, y esta situación. En este caso el motivo de consulta manifiesto fue distinto al latente. También hay un contexto a considerar en esta paciente. Hay varias variables que hacen al motivo de consulta y son múltiples los efectos que puede generar y los roles que puede asumir. En este caso no se trató de una intervención directa, sino de un rol de acompañamiento y de escucha atenta, tanto al paciente como al profesional de la salud” (Registro de Campo N°21).

Por otro lado, se destacó la importancia del trabajo tanto con el equipo como con la familia y el paciente.

En cuanto al segundo punto que plantea Mucci en su estrategia para el abordaje psicológico, nos encontramos con la evaluación, donde se hará el intento de obtener la mayor información posible en cuanto a la modalidad afectiva, al estilo cognitivo y al repertorio comportamental. Esta evaluación permitirá al profesional diagnosticar problemas psíquicos y determinar el área sobre la cual hay que focalizar y trabajar.

Siguiendo con Natalia de Hematología, luego de considerar el vínculo entre la familia, el equipo y su subjetividad, la psicóloga elaboró algunas hipótesis presuntivas en cuanto a la situación que se presentaba, descartando en primer lugar su déficit cognitivo, ya que al entrevistarla respondía de manera adecuada. Pensamos que podría presentar alguna patología de base, motivo por el cual se presenta diferente con cada profesional que la asiste y también por la negación de su enfermedad, el desgarro y la falta de iniciativa para asearse. Frente a esto,

se solicitó una interconsulta con psiquiatría para terminar de evaluar y tomar las medidas necesarias.

Por otro lado, siendo el Hospital Córdoba un hospital polivalente, es importante para el abordaje psicológico considerar la flexibilidad de los recursos terapéuticos con que cuenta el profesional psi. Es así que mientras con Natalia entablamos una entrevista y la escuchamos, al igual que a otros pacientes mencionados anteriormente, hubo otros en los cuales fue necesario cambiar la estrategia, cambiar el recurso, pasando de la escucha a la voz, como por ejemplo en Elio, un hombre mayor, que se encontraba internado en la UTI, al cual le habían realizado una traqueotomía, por lo cual no podía hablar, ya que se encontraba conectado a un tubo en su garganta. Podríamos decir ¿Para qué visitarlo si no habla? Pero frente a esta situación, fue la psicóloga quien le prestó su palabra mediante preguntas y expresiones y él con el movimiento de su cabeza respondía. A la semana siguiente, cuando lo volvimos a visitar, podía hablar, con dificultad, pero podía. Es así que pudimos entablar una conversación un poco más larga y conocer más de él. Pero todo comenzó por la primera visita realizada. En los registros de ese día escribo lo siguiente: “A veces nuestro rol es simbolizar aquello que el paciente manifiesta de alguna manera. Prestar nuestras palabras, nuestra mirada, nuestra voz.” (Registros de Campo N°10).

Otro ejemplo de esto fue el encuentro con Miguel, un paciente internado desde hacía varios días en el Instituto del Quemado, a quien le amputaron una pierna por un accidente de moto. A Miguel desde que ingresó al hospital se lo acompañó desde Salud Mental, pero a veces era posible hablar con él mientras que otras veces no se presentaba muy dispuesto a ello. Un día la única intervención que realizamos fue acercarle un calendario, que él mismo nos había pedido ya que al encontrarse internado tantos días en el hospital se encontraba desorientado con las fechas. Esto nos lleva a pensar nuevamente en las interrupciones que provocan las internaciones, en este caso la interrupción en el continuo del tiempo generando confusión y malestar. Acercarle el calendario suponía una intervención para devolverle sentido de continuidad, de unidad en su Yo.

Siguiendo con la estrategia de Mucci, remarca en última instancia la utilidad y la necesidad de la psicoeducación del paciente. La misma consiste en brindarle la información necesaria para una clara comprensión de su enfermedad y de los factores que influyen en su estado de ánimo. Esto permite un mayor involucramiento activo del paciente y permite generar cambios a nivel de mitos y creencias que el mismo tiene acerca de su enfermedad. A su vez colabora con la

aceptación del diagnóstico y la comprensión de los cambios generados a partir de la enfermedad.

Esto fue observado anteriormente en la intervención con Daniel, paciente con esclerosis múltiple que había sido informado acerca de su enfermedad. A lo largo de las entrevistas que se realizaron semanalmente, se llevaron a cabo tareas de psicoeducación en cuanto a los efectos de la enfermedad y la afectación de su estado anímico, vinculándolo por ejemplo a la procrastinación señalada por el mismo Daniel.

También se implementaron estrategias psicoeducativas con Antonio, el paciente mencionado que se encontraba internado por Dermatopolimiositis. Ante la incertidumbre de su futuro, se le explicó su condición actual y futura para que conociera cuáles serán sus posibilidades al volver a casa.

Por último, en este punto tomaremos los seis principios propuestos por Beatriz Gómez (2020), para la intervención psicológica para afrontar la enfermedad, siendo el primero la validación de la experiencia.

Este primer principio apunta a que el paciente pueda reconocer y expresar sus ideas y emociones de manera que quien interviene pueda validarlas. Esto se dió, por ejemplo, en el caso de Dalma, antes mencionada, quien está atravesando múltiples situaciones que le resultan dolorosas y con una alta dificultad para sobrellevarlas. Ante su angustia, no se buscaba darle un consejo para no sentirla, sino que se la validaba, tendiendo a normalizar este sentimiento esperable frente a la situación que atravesaba.

En la misma dirección se intervino con Mónica, una paciente de Hematología que se encontraba al final de la vida y a quien se le había propuesto comenzar con Cuidados Paliativos. Lo podemos ver en la siguiente viñeta registrada:

A veces no tiene ganas ni de hablar con la familia. Dice que no tiene fuerzas, y que estuvo pensando que no sabe si su cuerpo va a resistir. Ella estaba decidida a pelear, pero no puede hacer mucho. Hablamos de que está esperando, en medio de la incertidumbre y eso ya es mucho. (Registro de Campo N°24).

Se validó su cansancio y su debilidad. Ante sus sentimientos de falta de fuerza, se le mostró comprensión y se la apoyó en la espera y en la incertidumbre. Era esperable que se encontrara cansada. No se la incitó a pelear con más fuerza, porque se entendía que las posibilidades curativas estaban agotadas y sólo quedaba paliar el sufrimiento.

Un segundo principio es el de la promoción de la autoestima. Como bien sabemos, la enfermedad orgánica viene a irrumpir en la imagen que se tiene de sí, debilitándola. Es así que promover la autoestima se vuelve un punto importante a considerar en el abordaje psicológico. Lo podemos ver claramente en las entrevistas de Consultorio realizadas tanto a Daniel como a Cristina (mencionados anteriormente). En una de las entrevistas a Cristina se registra lo siguiente:

Psicóloga: - 'Haga usted la lista del super y vaya si es usted quien cocina...Hasta en las mínimas cosas se pone en duda'. Cristina: - 'Me replanteo si compré lo correcto. Es la inseguridad'. Psicóloga: - 'Por ahí hay que empezar, la confianza. La respuesta está dentro suyo. ¿Qué necesita que otro le diga?' (Registro de Campo N°23).

A lo largo de las entrevistas se ve cómo a través de preguntas se pone en cuestión la imagen que cada paciente se tiene de sí y son ellos mismos quienes van armando y rearmando esa imagen de sí mismos. A su vez mediante algunas afirmaciones el profesional psi también los confirma en ella.

Continuando con los principios, seguiremos con la promoción de la sensación de dominio. El mismo se apoya en la creencia que tiene la persona sobre su capacidad de influir sobre algunos eventos que intervienen en su vida. Este principio lo ejemplificaré con el caso de Daniel, a quien también a través de una serie de preguntas se lo invitó a confiar en sí mismo y recuperar el autodomínio:

Psicóloga: - 'Dejar de postergar también ayuda'. Cuenta un montón de cosas que hace o quisiera hacer...

Psicóloga: - 'Pero sigue procrastinando'.

Daniel: - 'Debería hacer más ejercicio, pero no lo hago. Sigo en el sedentarismo. Eso ayudaría a lo cardíaco'.

Psicóloga: - '¿Qué excusa se inventa para no salir a caminar con todas estas indicaciones?'

Psicóloga: - 'Esto de los miedos... es algo nuevo. Ha enfrentado muchas cosas más complejas y no puede enfrentar tomarse un colectivo a Mendiola'.

Daniel: - 'Para mí es una tremenda boludez'.

Psicóloga: - 'Y usted se agarra de ello para no hacer'." (Registro de Campo N°22).

El cuarto principio es el de la regulación emocional. Este se vincula con la validación de las emociones y la psicoeducación. Mediante estos dos principios, este último se ve propiciado. Podemos verlo en las intervenciones realizadas a Antonio, quien habiendo tenido un intento de quitarse la vida, considerando esto una descarga descontrolada frente a las emociones negativas, a través de las intervenciones realizadas se intentó que el paciente pudiera expresarlas a fin de no verse sobrepasado por ellas.

En quinto lugar, el apoyo social también se encuentra dentro de los principios a tener en cuenta para el abordaje psicológico y habiendo hecho experiencia de las circunstancias que se viven en el hospital, entiendo que no siempre es algo que puede darse en todos los pacientes por la ausencia de red vincular o por las distancias de los lugares de origen. Es por ello que en muchos casos es el personal psi quien cumple el rol de acompañamiento.

Sin embargo, en otros registros observamos que muchas veces es la familia, los lazos sociales, aquello que conecta con la vida a las personas que atraviesan una enfermedad. Lo vimos en Mónica, quien seguía peleando sólo por su familia. También en Vanesa, quien decía seguir viva por sus hijos. En Esteban, para quien por encontrarse aislado, sufría por no poder asistir a la fiesta de 15 de su hija y se comunicaba por videollamada.

Podemos afirmar entonces que los lazos sociales son fundamentales para el bienestar emocional de quien atraviesa una enfermedad y como también se desarrolló anteriormente, la soledad duele, quizás más que el cuerpo enfermo.

El último principio supone la promoción de la aceptación de la enfermedad; lo cual también se ve favorecido por los principios anteriores. No es una tarea fácil, pero sí de suma importancia tanto para el paciente como para el equipo de salud. Esto vimos en el caso de Pablo, quien se encontraba internado por leucemia en el área de Hematología. Nos pidieron la interconsulta ya que era un paciente con el que era difícil realizar el tratamiento porque dependía en todo de lo que opinara su esposa. De él se registró lo siguiente:

“No tiene intención de hablar de nada. Me da la sensación de que está absolutamente disociado de su enfermedad. “Detrás de una fuerte defensa hay algo muy groso” me dice la Licenciada.” (Registro de campo N°31).

Se trataró entonces de trabajar con él este principio si el mismo se prestaba para ello. Por lo pronto se pudo observar que la no aceptación, la disociación respecto a su enfermedad, se constituían en obstáculos para el correcto tratamiento de la misma.

8.2.5 LA INTERCONSULTA MÉDICO PSICOLÓGICA

Siguiendo con el desarrollo anterior y buscando describir la modalidad de trabajo de la Interconsulta Médico- Psicológica, es que nos adentramos en lo que ésta implica, tomando nuevamente las palabras de Belaga (2004), en cuanto a la urgencia. La misma sobrepasa las posibilidades y los recursos existentes para los médicos a la hora de abordar un sufrimiento que desborda el cuerpo. Es así que el Servicio de Salud Mental entra en juego, no buscando tapar ningún sufrimiento, sino tratando de poner palabras a la angustia que aparece, ante el padecer detrás del cuerpo.

Como bien sabemos y se desarrolló en el apartado anterior, las interconsultas no siempre provienen del personal médico en una primera instancia y no siempre el motivo de consulta manifiesto es el motivo “real” del por qué se pide intervención al personal psi. De esta manera, entran en curso y en movimiento los distintos discursos que transcurren entre el personal médico, el paciente y el profesional de Salud Mental.

Un claro ejemplo de esto fue lo sucedido con Natalia, relatado en el punto 8.2.4. Allí, observamos el entrecruzamiento del discurso del médico y de las enfermeras con el de Natalia. No fue ella quien solicitó la interconsulta ni quien manifestó sufrimiento, sino que había cierto padecer en los profesionales frente a la situación de esta mujer y su familia a partir del desarrollo de su tratamiento. La interconsulta no sólo implicó una entrevista a la persona internada, sino también a los miembros del equipo que la atendían y acompañaban. Luego de una entrevista con Natalia, se realizó otra con los profesionales para indagar sobre el modo en que estaban atravesando la situación. En una siguiente instancia se intervino buscando esclarecer lo que se estaba viviendo. Se le puso palabras a lo que sucedía, acercando una hipótesis diagnóstica y una estrategia de abordaje. Se les transmitió lo siguiente:

Hay varias hipótesis presuntivas, pensando que quizás presenta alguna psicopatología de base, por esto de que se muestra diferente con cada profesional de la salud, por el mecanismo de negación, el desgano y falta de iniciativa para asearse. No parece haber depresión. Se solicita una interconsulta con psiquiatría.

La psicóloga le aclara a la médica que es bueno considerar que por un lado está la familia y por otro lado la paciente, y que ante cualquier situación con la familia que se acerquen a ella para hablar en el consultorio (Registro de Campo N°21)

Esta información brindó al personal médico más tranquilidad en el asunto, y una forma de abordar la situación con Natalia. Con lo sucedido podemos volver a decir que hay en los discursos diferentes concepciones del cuerpo, encontrando por un lado el cuerpo de la ciencia objetivable y el cuerpo como lo entiende el psicoanálisis, atravesado por el lenguaje. Otro ejemplo de este entrecruzamiento de discursos y la clarificación del motivo de consulta lo vemos en la situación vivida el día 24 de octubre, cuando llegan al Servicio de Salud Mental tres médicos del Servicio de Gastroenterología a pedir, en conjunto y con urgencia, una interconsulta sobre un paciente que padecía de colitis ulcerosa aguda.

Lo que expresaban los médicos era lo siguiente:

Vinieron los tres médicos de Gastro. Era para ellos una urgencia. El paciente tiene una colitis ulcerosa grave. (Algo en el Colón). Es un paciente poli consumo, y se quiere ir. No quiere el tratamiento. Ya se fugó una vez y volvió. La familia amenaza con hacer algo judicial para que se quede...

...Piden contención psicológica, para que si él decide irse sepa que se va sabiendo que puede perder el colon o morir...

...La médica está muy preocupada, angustiada. Cuenta que está incluso contracturada. (Registro de Campo N°29).

Aquí encontramos el primer momento de la interconsulta: el pedido formal de parte de los médicos. Se realiza el pedido ante la incertidumbre sobre algo que no está funcionando como se espera y que altera su rutina de intervención y trabajo. En este caso, el paciente no responde al tratamiento y quiere irse del Hospital, pero su diagnóstico es grave.

En el segundo momento, en la entrevista con el paciente, intervinieron una psicóloga y un psiquiatra del Servicio de Salud Mental. Luego, ambos realizaron una devolución a los médicos en la que señalaron que el paciente tenía conciencia de su enfermedad y se encontraba en condiciones para tomar decisiones. Igualmente se le indicó tratamiento psiquiátrico con Clonazepam y Risperidona, pero el paciente no quería tomar la medicación. El psiquiatra señaló lo siguiente: "Su conducta es transgresora. No se trata de un impulso. Resuelven que lleguen a

un acuerdo con la familia y los médicos, pero que al fin y al cabo él va a hacer lo que quiere” (Registro de Campo N°29).

Ante lo sucedido, me pregunté si verdaderamente se había respondido al motivo de consulta o cuál era el verdadero motivo. Por un lado, nos encontramos con la problemática de este hombre que quería irse del Hospital y no adhería al tratamiento psiquiátrico indicado. Por otro, nos encontramos con la angustia del personal médico sobre la que se intervino a través de señalamientos e información acerca de la situación del paciente.

También me pregunto: ¿qué se pudo escuchar del paciente? ¿Se le dio lugar a su palabra, a su subjetividad o solamente se realizó un diagnóstico de su condición cognitiva? ¿Se consideró el motivo por el que quería irse? ¿Por qué estaba decidido a no tomar la medicación? ¿Qué situaciones lo atravesaban además de encontrarse enfermo en un hospital? No estuve presente en la entrevista, pero no escuché respuestas a esto.

Un tercer ejemplo del trabajo de Interconsulta, es la situación vivida por una mujer joven, la cual se encontraba internada en el Servicio de Clínica Médica. Los médicos realizaron el pedido por un posible diagnóstico de depresión, ya que no come y no colabora con el tratamiento. Al entrar en la sala, me encontré con la mujer recostada en su cama y todo su cuerpo amarillo. Ella no podía hablar, pero su rostro expresaba dolor y desesperación. Lo único que podía interpretar de sus intentos de palabras era que quería que yo la calmase. Los médicos nos comentaron que la paciente no quería hablar con el personal de Salud Mental, pero igualmente fuimos. Estaba acompañada de su hijo de 20 años aproximadamente, quien nos dijo que se encontraba “dopada” desde hacía una semana. Estaba medicada con Morfina y tenía un cuadro de ictericia. Más tarde, volvimos a visitarla con otra de las psicólogas y en la conversación con su hijo nos contó que además del cuadro de ictericia tiene cáncer de mama con metástasis en el hígado hace tres años, pero que ella nunca tuvo depresión antes. (Registro de Campo N°26).

Frente a esta situación, vemos nuevamente el entrecruzamiento de discursos diferentes: no solo sobre cuerpo, sino también del sufrimiento. Por un lado, los médicos se preocupaban de su no comer y no colaborar, mientras que su hijo lo hacía por el dolor que sentía su madre. Desde la mirada psicológica me preguntaba: ¿Es depresión lo que tiene? ¿No será una gran angustia ante tanto sufrimiento? ¿O será un gran cansancio o tristeza? ¿Por qué no se comunicó el diagnóstico de cáncer inicialmente al hacer la interconsulta?

Otra vez, es el sufrimiento el que sobrepasa la ciencia. Hay una totalidad a la cual no se llega sólo con la medicina y ni siquiera con la palabra.

En esta oportunidad no se entrevistó a los médicos, pero hubiera sido enriquecedor conocer la subjetividad de cada uno de ellos al ser testigos el cómo estaban abordando las vivencias y el sufrimiento de esta mujer. Quizás a partir de ello se hubiera podido esclarecer el motivo latente de consulta al no ser ella quien solicitara la Interconsulta Médico-Psicológica.

9. CONSIDERACIONES FINALES

“En la experiencia del hombre se manifiesta la realidad de la persona...es la más rica y, sin lugar a dudas la más compleja de las experiencias a las que se tiene acceso”

(Wojtyla, K. “Persona y acción” 1982)

El cuerpo que enferma, un cuerpo que sufre, un alma y una mente también. Adentrarnos en la enfermedad orgánica no es sólo una tarea para la ciencia médica. Quien enferma no es sólo el cuerpo o una parte de él, quien enferma es la persona, todo su ser.

A lo largo de este Trabajo de Sistematización de la Práctica se pudo ir constatando la tesis central del mismo: “La persona como un unitas múltiplex”, la persona como una unidad múltiple. Luego del análisis de los datos y de los objetivos planteados, he llegado a la conclusión y he podido comprobar que no alcanza toda la ciencia, ni todos los libros escritos para abarcar la totalidad de la experiencia singular humana de quien enferma, pero, dicha experiencia implica para toda persona que se acerca a ella un exceso de luz, un misterio inagotable.

Al comienzo, esto eran simplemente palabras leídas, pero luego de la realización de la práctica y del presente trabajo, se ha convertido en una certeza. Para quienes practican la Psicología, el abordaje psicológico de una persona enferma físicamente, implica una tarea que no es para cualquiera, sino para aquellos que incluso en su ilusión y en sus fantasías omnipotentes de devolver la salud, saben que no será posible en su totalidad, pero que al menos habrán sido partícipes de dicha experiencia enriqueciéndola y potenciándola en términos de vida y no de muerte, en términos de palabra y no de silencio, en términos de empatía y no de ignorancia, en términos de encuentro y no de soledad.

La diversidad de las experiencias compartidas y vividas con los pacientes destacaron esta interrelación de la que hablamos entre las distintas dimensiones del ser, que entran en juego no sólo ante el hecho de enfermar, sino de la existencia misma, siendo una de ellas la dimensión psíquico sensible, donde se pondrán en juego aquellos factores psicológicos que influyen en la vida de la persona. Es así que podemos decir que la subjetividad cobra un valor fundamental a la hora de abordar una enfermedad orgánica, volviéndose foco de intervención, aunque se presente dentro del territorio médico y físico.

No enferma quien quiere, sino quien puede. Hay una historia, un relato, un sistema de creencias, que entrarán en relación con el cuerpo que enferma y con la realidad más profunda de la persona, la espiritual. Vemos en las situaciones contadas y en los registros presentados, que lo que predominó no fue sólo el dolor corporal sino la diversidad de vivencias previas y en torno a ellas, la diversidad de historias, de palabras dichas, de emociones expresadas de una u otra manera. Tantas vivencias como personas existen y ninguna, igual a la otra. La enfermedad orgánica puede ser la misma, pero el recorrido vivido hasta ella siempre fue y será diverso y singular, al igual que el tratamiento, la estrategia que se aplique a cada situación particular.

Destaco entonces, la importancia de recobrar la mirada de la subjetividad en el ámbito del trabajo hospitalario. Más aún dentro de esta institución de atención polivalente, donde se abordan no sólo problemáticas específicas relacionadas a la salud del cuerpo, sino que busca integrar todas las dimensiones del ser de las personas que asisten, como su nombre lo indica. Atender a la subjetividad de cada paciente será parte necesaria entonces, de los intentos de devolverles el estado de salud perdido.

Dicho esto, considero también un punto importante a destacar, el trabajo interdisciplinario, el cual vimos a lo largo de la Práctica y su Sistematización, cuan necesario se vuelve para un correcto e integral abordaje de la persona que enferma. Al ser la enfermedad un fenómeno multicausal, se requiere de una mirada también múltiple. Pero como hemos visto y desarrollado, no es sólo una persona la que posee todo el saber y todos los puntos de vista. Tampoco existe una única manera de realizar esta tarea de trabajar con la subjetividad e intervenir sobre ella. Se requiere de múltiples miradas que den cuenta de la multicausalidad, que unan los factores intervinientes, que aporten sus recursos y saberes, que intervengan activamente en el proceso de curación y acompañamiento. Es así que el personal psi entra en relación y trabaja codo a codo con la unidad de tratamiento: el paciente, su familia y el equipo de salud.

El rol del psicólogo dentro de este entramado de profesiones, sirve de puente entre los distintos discursos, saberes y miradas sobre la situación de enfermar, e interviene, no sólo sobre quien se pone la mirada (el enfermo), sino también sobre aquellos que lo asisten (personal de salud). Esto se ha visto en los relatos que se presentaron en el presente trabajo, pero también sobre múltiples situaciones que se registraron y que no se han incluido. Vemos entonces que el trabajo de Interconsulta Médico- Psicológica es una manera eficaz y necesaria para el abordaje de pacientes con enfermedades orgánicas. Paulatinamente se va acrecentando su reconocimiento como un dispositivo fundamental en la práctica y formación de los equipos interdisciplinarios de salud. Esto permite un acompañamiento más humano y ajustado a gran

parte de las necesidades del sujeto en sus múltiples dimensiones (física, psíquica, emocional, social y espiritual) puestas en juego en el proceso de enfermar.

Así también podemos decir que no basta una única vertiente psicológica para el abordaje de la subjetividad, sino que cada una de ellas es enriquecedora de la otra. Por este motivo, este trabajo requirió y se basó no sólo en una mirada psicoanalítica, sino también en teorizaciones cognitivas y en relación a la psiconeuroinmunoendocrinología. El conjunto de estas miradas facilita y enriquece la comprensión del fenómeno que se aborda, la experiencia del enfermar. El recorrido de la práctica con profesionales formados desde diferentes perspectivas y con el apoyo de psiquiatras que aportan un saber diferente, me permiten llegar a esta conclusión.

Por lo dicho anteriormente y a partir de lo reflexionado en el cuerpo del trabajo, considero que sería de gran valor incorporar con mayor frecuencia instancias de intercambio entre médicos, psicólogos y demás profesionales de la salud que se desempeñan en el ámbito hospitalario. Retomar el formato de los Grupos Balint podría enriquecer este tipo de espacios, ya que permiten trabajar de manera más profunda sobre los vínculos asistenciales, promoviendo la reflexión colectiva en torno a las emociones, tensiones y resonancias que emergen en el contacto con los pacientes. Estos dispositivos no sólo favorecen una comprensión más integral del sufrimiento humano, sino que también brindan contención a los equipos, fortalecen el trabajo interdisciplinario y aportan a la construcción de una práctica clínica más ética, humana y compartida.

Por otro lado, podemos observar, tanto en la práctica como en su análisis, que el trabajo del profesional psi está atravesado por un cierto grado de incertidumbre, ya que no siempre es posible percibir de manera inmediata los efectos directos que la intervención psicológica tiene en los pacientes. Muchas veces, dichos efectos sólo se hacen visibles con el paso del tiempo. Por este motivo, en numerosas experiencias clínicas no se llega a conocer el desenlace de la situación, ni cómo continuó el curso de vida de la persona que recibió la intervención. Sin embargo, en muchos otros casos, se han evidenciado progresos significativos y efectos positivos, tanto en los pacientes como en el resto de los profesionales del equipo de salud. Es un trabajo que, si bien no siempre tiene resultados observables a corto plazo, deja huellas, moviliza, y transforma en distintos niveles.

Sumado al rol del psicólogo ya desarrollado, considero fundamental destacar su principal herramienta de trabajo: la palabra, y los efectos que esta puede generar. Es a través de la palabra que nos acercamos, de manera más concreta y humana, a la realidad de la persona a la que queremos acompañar. En los casos de personas atravesadas por una enfermedad corporal,

hemos visto que no siempre es posible acceder a esta vía de forma directa, pero es allí donde el psicólogo cumple un rol clave: es quien presta la palabra, quien la decodifica, quien la escucha.

La palabra adquiere valor en su capacidad de resignificación cuando es devuelta, cuando es reformulada, cuando es dicha en otro marco. Resignificación del sentido de la enfermedad, de las emociones, de las vivencias. Esta función no solo contribuye al alivio subjetivo, sino también a la posibilidad de reconstruir un relato que integre el padecimiento en la historia de vida de quien sufre.

A su vez, es por medio de la palabra también que se puede paliar el sentimiento de soledad. Por lo observado y analizado en las experiencias vividas dentro del Hospital, éste se destacó como un sentimiento recurrente en quienes se encontraban internados o atravesando alguna enfermedad orgánica. Cabe preguntarnos, ¿qué lugar ocupan en nuestra vida los lazos sociales? ¿Cómo influyen en nuestra salud mental y física? ¿Cómo se aborda esta dimensión en un contexto hospitalario? ¿Qué implica la presencia real de un otro?

Estas preguntas nos invitan a pensar que el ser humano no solo necesita asistencia médica, sino también vínculos que sostengan, que den sentido y alivien el padecimiento. Es así que, el psicólogo en el ámbito hospitalario no solo escucha síntomas o historias clínicas, sino que se ofrece como un otro presente, disponible, receptivo, que, a través de la palabra, o incluso del silencio sostenido, puede generar una experiencia de acompañamiento real. La presencia de un otro humano –auténtica, empática, sin juicio– puede ser en sí misma una forma de intervención clínica, una forma de humanizar el sufrimiento y de abrir espacio al significado en medio del dolor. De allí, que tantas veces la psicología hable del “holding”.

Un último tema que ha llamado mi atención con respecto a la experiencia subjetiva de quien enferma, es la cuestión identitaria del mismo. Veo en la gran mayoría de los sujetos que acuden al hospital un derrumbamiento de su imagen, una fragmentación de su identidad. Tanto la Psicología, como la Filosofía y la Teología han abordado este tema de diversas maneras, y es una cuestión presente siempre en la vida de las personas, el “¿Quién soy?”. ¿Quién soy cuando enfermo? ¿Quién soy cuando trabajo? ¿Quién soy cuando estoy con otros? ¿Quién soy cuando estoy en soledad?... ¿Soy mi trabajo? ¿Soy mi cuerpo? ¿Soy mis sufrimientos? ¿Soy mi historia? Pienso que cada cual construye esa identidad, pero no siempre esa construcción se apoya sobre algo sólido, firme y permanente. En situaciones límite, como la enfermedad, esta identidad puede tambalear, desorganizarse o incluso necesitar ser reconstruida.

No pretendo responder a todas estas preguntas, pero sí resaltarlas como indicadores fundamentales de la situación subjetiva del paciente, especialmente en el campo de nuestra

labor como psicólogos. Porque no solo nos hablan de quien enferma, sino que también nos interpelan a todos, como profesionales y como personas. Nos convocan a una reflexión más amplia sobre el sentido, la fragilidad y la posibilidad de transformación que anida en cada encuentro con el otro.

Una dimensión que no se ha abordado ampliamente y que considero de suma importancia es la dimensión espiritual. Si bien no he profundizado en ella en la redacción de este Trabajo Final, dado que se trata de un trabajo de Psicología; pienso que es importante destacar que la ciencia psicológica no puede desligarse completamente de esta realidad de la persona. De hecho, la palabra *psique* significa “alma”, lo cual revela una verdad interior más profunda que la mente simplemente.

La dimensión psicológica y la espiritual no se encuentran enfrentadas, sino más bien entrelazadas, separadas por una línea sutil. Esta realidad puede observarse con mayor claridad en las vivencias de cada paciente aquí presentado, y estoy convencida de que, si se profundizara en ella, se encontraría aún mayor riqueza. Además, ayudaría a encontrar la no muy conocida trascendencia del sufrimiento, que en otras épocas si era considerada. En un mundo donde lo que se busca es huir del sufrimiento a cualquier costo, se hace necesario poder hablar de él, ya que es una realidad de los seres humanos, en la cual estaremos siempre inmersos.

Por ello, invito a la reflexión y a la inclusión consciente de esta dimensión en el ámbito hospitalario, propiciando el desarrollo y acompañamiento espiritual adecuado de quien enferma.

Todo lo presentado, reflexionado y analizado en el presente trabajo, podría parecer un tema “global” o que ya sabemos. Incluso yo misma me pregunté la pertinencia del tema para el Trabajo de Sistematización de la Práctica. Pero he arribado a una certeza y es que no nos es posible ver el todo siempre, que es correcto focalizarse en una parte del todo, por eso las distintas profesiones y especialidades. Pero es también correcto, ético y necesario tener en consideración el todo que tenemos delante. Este trabajo tiene por fin último invitar a la reflexión de ello, de volver al foco de toda labor social e intervención, a lo importante, a la realidad de la persona, del sujeto que tenemos delante, para no caer en los tan típicos reduccionismos que imperan en la ciencia de hoy.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*. Pitman Medical.
- Belaga, G. (comp) (2015). *La práctica del psicoanálisis en el hospital*. Ediciones Grama.
- Bertorini, T., Meza, K., & Chunga, N. (2019). Miopatías autoinmunes: revisión de diagnóstico y manejo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(3), 362–371.
<https://doi.org/10.15381/anales.803.16274>
- Buen Día, J. (1991). Aproximaciones al desarrollo de la Psicología Clínica. *Psicología Clínica y Salud: Desarrollos actuales* (pp. 7-9).
- Clínica Universidad de Navarra. (s. f.). *Esclerosis múltiple*.
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/esclerosis-multiple>
- Clínica Universidad de Navarra. (s.f.). *Embolismo pulmonar: Síntomas, diagnóstico y tratamiento*. <https://www.cun.es/enfermedadestratamientos/enfermedades/embolismo-pulmonar>
- Colman, A. (2021). *Reinventando la práctica hospitalaria: Las intervenciones del equipo de salud mental de un hospital general en situación de pandemia (Covid-19)*.
 Universidad Católica de Córdoba
- Coronel, M (2004). Dispositivo de interconsulta en el Hospital. La práctica de la Interconsulta en Salud Mental. Presentación en G. Belaga (comp). *La urgencia generalizada. La práctica en el hospital*. (pp. 177 - 197). Ediciones Grama
- Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., Gatchel, J. R., Aizenstein, H. J., & Ayers, E. (2016). Association of higher cortical amyloid burden with loneliness in cognitively normal older adults. *JAMA Psychiatry*, 73(12), 1230–1237. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2610>
- Echevarría, A. (2016, julio 12). Recordar el origen es evitar abismos de olvido [Registro web].
<http://hospitalcordoba.com.ar/resenia>

- Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013). *Código de ética para el ejercicio profesional del psicólogo/a*. FePRA. <https://fepra.org.ar/codigo-de-etica>
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-23.
- Frankl, V.E. (1987) *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. Editorial Herder.
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. En *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 91-114). Amorrortu.
- Freud, S. (1918). *La moral sexual de los psicoanalistas* (Conferencia 23). En *El psicoanálisis y la moral sexual*. Amorrortu
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. En *Obras completas* (Vol. 18, pp.–64). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1920)
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. En *Obras completas* (Vol. 19, pp. 3–66). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923)
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. En *Obras completas* (Vol. 20 Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1926)
- Gómez, B. (2020). Modelo cognitivo integrativo de psicoterapia para el afrontamiento de la enfermedad física crónica. Fundación Aiglé.
<http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=118&idtt=7>
- Gorali Vera, A. (1995). El cuerpo y sus enigmas. La clínica lacaniana y la bulimia psicósomática. Vol III. *Estudios de psicósomática*. Atuel-Cap
- Guber, R. (2001). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Paidós
- Hospital Córdoba. (2024). *División Salud Mental - Hospital Córdoba*.
<http://hospitalcordoba.com.ar/servicio/division-salud-mental>
- Inforeuma. (s.f.). *Síndrome antifosfolípido (SAF)*.

<https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/sindrome-antifosfolipido-saf/>

Jara, O. (2011). Sistematización de experiencias: Aspectos teóricos y metodológicos.

Decisio, 67-74

Kastenbaum, R. (2003). *Death, society, and human experience* (7th ed.). Allyn & Bacon.

Lacan, J. (1973). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (Seminario XI).

Éditions du Seuil.

Lagache, D. (1982). *Psicología y métodos clínicos*. (pp.141-156). Paidós.

Ley Nacional N° 26.657. (2010, 2 de diciembre) Ley de Salud Mental. Boletín Oficial de la

República Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar>

Ley Provincial de Salud Mental N° 9848. (2010, 20 de diciembre). Régimen de la protección

de salud mental en la provincia de Córdoba. Boletín Oficial de la Provincia de

Córdoba <https://www.justiciacordoba.gob.ar>

López Sánchez, Juan Rafael, & Rivera-Largacha, Silvia. (2018). Historia del concepto de dolor

total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales.

Revista Ciencias de la Salud, 16(2), 340-356.

<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6773>

McEwen, B. S., Nasca, C., & Gray, J. D. (2016). Stress effects on neuronal structure:

Hippocampus, amygdala, and prefrontal cortex. *Neuropsychopharmacology*, 41(1),

3–23. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.171>

Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria*.

Paidós.

Na, P. J., Kim, M., Lee, J., Kim, J. H., Kang, H., Jung, J. Y., Kim, S., Park, S., & Lee, S. J.

(2023). Loneliness as a risk factor for dementia and other adverse health outcomes: A

nationwide cohort study. *Alzheimer's & Dementia*, 19(4), 850-860.

<https://doi.org/10.1002/alz.12778>

- Ortega y Gasset, J. (1966). *Sobre la expresión fenómeno cósmico*. En *El espectador VII* (pp. 31–32). Austral.
- Pert, C. B. (1997). *Moléculas de la emoción: El significado de las emociones para la salud física y emocional*. Urano.
- Pontificio Consejo para los Textos Legislativos. (1984). *Salvifici doloris* [Carta encíclica sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano]. Librería Editora Vaticana.
<https://www.vatican.va>
- Rojas Estapé, M. (2018). *Cómo hacer que te pasen cosas buenas*. Espasa
- Rojas Estapé, M (2024). *Recupera tu mente, reconquista tu vida*. Espasa
- Saforcada, E. (2008). La psicología en Argentina: Desarrollo disciplinar y realidad nacional. *Revista Interamericana de Psicología*, 42(3), 462-471.
- Saunders, C. (2001). *The evolution of palliative care. Patient Education and Counseling*, 41(1), 7–13. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(00\)00123-3](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00123-3)
- Saunders, C. (2001). *Cuidado de enfermos terminales: El enfoque individual*. Sal Terrae.
- Uzorskis, B. (2002). *Clínica de la subjetividad en territorio médico*. Letra Viva
- Velazco Suarez, C. A. (2019). *Psiquiatría y persona*. Vórtice
- Velázquez, Lourdes. (2020). El aspecto médico y la dimensión existencial de la enfermedad: reflexiones bioéticas. *Medicina y ética*, 31(1), 171-215.
<https://doi.org/10.36105/mye.2020v31n1.05>
- Villalba, G. (2024). Registro de Prácticas Pre-Profesionales Supervisadas. Google Docs.
https://docs.google.com/document/d/1b_X8QOb670XeYUsRX723AARFFRPiBrFTX17qMSLScjo/edit?tab=t
- Villalba, G. (2025). Selección de Registro de Prácticas Pre-Profesionales Supervisadas. Google Docs.

https://docs.google.com/document/d/1Xi4azB6gtIip0X_CeSuNpRnInvUz0_rxapsJOANS4M/edit?tab=t.0

11. ANEXO

En este apartado se incluirán los casos que han sido incluidos en la sistematización presentada. Todos ellos se encuentran ordenados en el siguiente documento de Google Drive, y corresponden a una preselección de registros de la carpeta de registros completa, también subida a Google Drive.

https://docs.google.com/document/d/1Xi4azB6gtIip0X_CeSuNpRn-InvUz0_rxapsJOANS4M/edit?tab=t.0

Lo escrito en cursiva corresponde al registro personal de emociones y pensamientos

ANTONIO

27/05

Llega la interconsulta diciendo que es un hombre que está internado hace varios días por una cirugía y que tuvo un intento de ahorcamiento. Se encuentra aislado.

Ingresamos a la sala con bata y barbijo y todas las medidas preventivas necesarias. Se encuentra en una esquina de una habitación, solo. Está atado de manos, su rostro está muy delgado, sus ojos tristes, su voz muy bajita. Dice que está desesperado, que siente mucho dolor, que no aguanta más. Le preguntamos por el intento de ahorcamiento, y en realidad había sido un intento de electrocutarse con una máquina que había dejado el fisioterapeuta. Estaba afligido porque “no funciona”, “el cable está enganchado y no se cortó”.

Dice que está desesperado, que quiere irse. Habla entre llanto, caen lágrimas. Dice que no puede dormir. Tiene familia pero él no es de Córdoba capital, es de un pueblo de Córdoba. La psiquiatra le receta una medicación para que pueda dormir y pueda tranquilizarse.

También la psiquiatra le pregunta si era católico, y él dice que si, que no ha parado de rezar., pero la conversación se fue para otro lado.

Al retirarnos gritaba “estoy desesperado, por favor ayudenme”.

Esta situación me conmovió muchísimo, ver a un hombre llorar y con tanta angustia me impactó, me dio impotencia, me dio tristeza. Además, no podía tocarlo, darle la mano, un abrazo. ¿Qué sentirá? ¿Dónde sentirá la angustia?

Me impacta pensar que alguien quiera quitarse su vida. ¿Su identidad está perdida, no quiere sufrir más, no tiene ningún sentido para él seguir viviendo?

Me daban ganas de darle una palabra de fe, de aliento, de quedarme con él todo el día.

29/05

Fuimos a visitar a CA, a quien visitamos el lunes pasado. Se encontraba más tranquilo, había podido dormir y descansar del episodio del lunes. Se encontraba en la habitación un familiar. No hubo mucho intercambio, sino más bien fue un control de cómo estaba con la medicación que se había indicado. Fui con la psiquiatra.

Pienso en CA. Me quedé angustiada después del lunes. Entre la ilusión y la angustia voy a su habitación.

Cuánto me gustaría acompañarlo más, hacer algo para aplacar su dolor. Pero la labor es esta, hay muchos pacientes más por ver.

10/06

Está en otra habitación, pero igualmente tenemos que ponernos bata y barbijo por su situación. Está sentado, tieso, conectado a máquinas, y a comida (ya no puede comer por la boca). Hablamos sobre su temor a lo que suceda después de la internación al volver a su casa. Él quiere ser independiente, no depender de nadie. No podrá trabajar de lo que trabajaba antes (trabajaba con su cuerpo, en la tierra), pero si nos cuenta sobre jardinería que era algo que le gustaba. Pensamos que podría hacer algo de eso. Le decimos que no se preocupe que algo va a tener para hacer.

Está cansado, duerme poco.

Luego vimos su historia clínica y la enfermedad que tiene. dermatopolimiositis.

24/06

Antonio: Dice estar arrepentido de su pecado y desearía confesarse. Se lo ve mejor. Para alejar los malos pensamientos dice que recurre a la oración.

Le sigue costando dormir.

No puede comer alimentos. Se lo alimenta con una sonda.

Me voy encariñando con Antonio. Si fuese por mi hablaría más tiempo con él, le daría una palabra de fe, haría una oración, pero ese no es mi lugar.

Me llama la atención que no pueda dormir y nadie haya hecho nada. No es la primera vez que nos lo dice.

1/07

Visitamos nuevamente a Antonio. Dice que tiene dos mundos dentro (Dios y el diablo). Le gusta que vayamos a hablar. está escuchando la radio y leyendo un libro. Se ve que su familia lo acompaña, han dejado un cartel con los teléfonos y le llevaron la radio y el libro.

Nos cuenta algo de su mujer y una pareja que él tuvo que hacer macumbas, por eso esto de los mundos. Parece que es algo que lo aflige, tiene miedo de que eso de las macumbas tenga alguna consecuencia sobre él.

Sigue sin dormir bien.

Me encantaría poder llevarle un sacerdote, alguien que le de paz.

Pienso que la vez pasada que quería confesarse tiene que ver con este temor de los hechos ocurridos con esta pareja.

ELIO

12/06

Vamos con Cris a la UTI a ver a un paciente, pero cuando preguntamos por él nos dicen que había fallecido.

Igualmente nos piden ver a otro paciente que se encuentra internado. Es un paciente que está aislado y no puede hablar. Intentamos comunicarnos con él de alguna manera, pero fue muy difícil. Nos señaló un dibujo que le habían regalado sus nietos que tenía en la pared.

Me conmovió muchísimo todo. Primero la manera en que nos comunicaron que el paciente había fallecido. ¿Cómo se procesa esto? Un día está y al siguiente no, y nadie lo avisa.

El paciente que vimos, quién ponía el oído para él. quién le habría prestado su mirada, su mano, su sonrisa, su presencia? ¿Cómo se sentirá esta persona? ¿Cuáles serán sus deseos? ¿Cómo los comunicaría?

26/06

Lo visitamos anteriormente con Cris.

No lo habíamos reconocido. Antes tenía una traqueotomía con la cual no podía hablar. Ahora habla con dificultad. Para hablar y no quedarse sin aire debe taparse el huequito que tiene en su garganta. Las médicas le dicen que no consiguieron lo que necesitaban para taparse así que lo deberá hacer con su mano.

Le entendemos poco. Nos cuenta de una situación familiar compleja. Algo relacionado con estar con otra mujer.

Parece que su familia si está presente.

Nosotras para verlo nos ponemos bata y barbijo.

Puede preocuparse de lo que ocurre más allá del hospital. ¡Pero pobre hombre sale de mi mente! No puede hablar. ¿Cómo expresar la angustia?

A veces nuestro rol es simbolizar aquello que el paciente manifiesta de alguna manera. Prestar nuestras palabras, nuestra mirada, nuestra voz.

MARIA EUGENIA

25/07

Paciente de Hemato. El motivo de interconsulta es que los médicos consideran que está pasando por varias situaciones bastante “pesadas”, y consideran que sería bueno que hablara con un profesional de salud mental, aunque ella se muestre optimista y bien emocionalmente.

Le tuvieron que sacar un ojo. Tuvo muchas situaciones de infecciones después de cada internación. Es muy optimista, la última vez pidió una alta voluntaria para ver a sus hijas.

Antes de ingresar a la sala, entrevistamos a los médicos, para también escucharlos a ellos. Nos relataron todo lo que sucedió. Para ellos esta paciente, y todas las complicaciones que tuvo, implicó mucha movilización.

Ella se encuentra bien, tranquila.

Le decimos que puede hablar con nosotras cuando quiera, y que no siempre tenemos que estar contentas. Ella sonríe y agradece la visita.

En este caso me parece importante considerar la posición de los médicos y ver qué demanda se encuentra latente en ellos. La intervención estuvo más en darles un espacio para la palabra a ellos que para la paciente.

8/08:

Entramos con la Lic.RMB al cuarto, pero la paciente se encontraba con las luces apagadas y la televisión prendida. Nos dice que prefiere permanecer descansando y no hablar con nosotras.

No siempre todos los pacientes quieren hablar. Hay una parte que no depende de nosotros. Solo podremos trabajar en la medida en que el paciente se abra a, se disponga a. Veo cómo ellos son el centro de la terapia, de nuestro trabajo y no nosotros.

DALMA

29/07

Paciente con SAF Y TEPA. También tiene un tipo de leucemia. Su cuadro médico es grave.

Está quebrada emocionalmente. Expresa que “no da más”. Se larga a llorar. Presenta altos niveles de angustia.

Sacó a colación temas de los cuales no había mencionado anteriormente en terapia.

Nos cuenta del bullying que le hacen a su hija, y de los problemas que trae la escuela de la hija. Hay problemas con los maestros, directivos y compañeros. También trae a sesión el tema de su hermana que está embarazada, diciendo que es también un problema porque es algo más para hacerse cargo.

Su madre murió hace un año de cáncer, el padre tiene cáncer de próstata (vive en monte cristo). Pasa de médico en médico, está angustiada por su caída de pelo, la hija le pregunta por qué se le cae. Tiene una plantilla con los turnos, las pastillas que debe tomar, etc.

Esta paciente me conmueve muchísimo. Cómo lidiar con la vida cuando el cuerpo pone tantos límites. Volverse esclavo del cuerpo.

Qué implicancias tiene todo lo que está viviendo. No es sólo dolor físico, es emocional

19/08:

Paciente que ya habíamos visto con Tamara. Llegó pidiendo una receta a la psiquiatra. En la sesión dice que todo va peor, y eso la enoja porque ella cumple bien con su tratamiento, que toma todas las pastillas. *“Estoy cansada, podrida... a veces pienso en dejar todo y dejar todo en manos de Dios, que pase lo que tenga que pasar, pero yo estoy cansada”*.

El miércoles hay una junta médica para decidir si la vuelven a internar o no. No está pudiendo trabajar, el contrato del dpto. se le vence a fin de mes, no tiene donde irse y no sabe cómo se va a organizar. Se muestra angustiada, sobrepasada. Está cansada de las pastillas, las alarmas, los turnos. Están en estudio para ver si hay una metástasis en los ovarios, metástasis del hígado. Por su cansancio de las pastillas, no quiere tomar más las psiquiátricas, aunque

entiende que es algo temporal. Está preocupada por su hija, que le pregunta qué le pasa. Su hermana también depende de ella, la llama por la noche.

La psicóloga le recuerda que este es el espacio para descargar todo esto que lleva dentro, todas las angustias y emociones que está sintiendo.

¿Hubo alguna evolución con la terapia? ¿Cómo abordar esto? Siento que nos supera, que solo se puede acompañar, escuchar.

ELENA

19/08

Paciente mordida por su propio perro pitbull. Le mordió la cabeza y el brazo y casi le amputan un brazo.

Cuando vamos a entrevistarla comenzó contándonos toda su historia, su matrimonio, que quedó viuda, vive en un barrio donde estaba habiendo inseguridad y por Facebook consiguió este perro. Le mintieron al momento de dárselo, y nunca le contaron que antes había tenido un ataque a una niña de nueve años. Entre el temor y el cariño se manejaba la relación con su perro. Cuenta que una vez tirada en el piso de su casa lloraba y el perro lloraba con ella, pero en otros momentos para ingresar debía tirar comida para que no la mordiera. Cuenta también de cierta violencia de parte de su esposo cuando le descubrieron cáncer. No refiere quejas sobre eso e incluso cuando lloraba en su casa era porque lo extrañaba.

El suceso del accidente sucedió entrando a su casa. Esta vez no le habían tirado comida, y el perro quedó detrás del portón. AL ingresar la atacó. Vive en el barrio San Roque.

Tiene sentimientos de culpa por haber producido un peligro para otros al adoptar este perro, a la vez que siente culpa si lo matan, ya que se había encariñado con él. Es taxista y está preocupada por lo que sucederá después cuando salga del hospital. Qué sucederá con el perro. Teme que su familia vaya a su casa y se encuentre con el perro.

Llama nuestra atención su ignorancia hacia la violencia tanto de su marido como del perro. Decidimos no indagar mucho acerca de esto. La consulta la pidió ella y también la pidió con psiquiatría, aunque está pudiendo dormir bien. A veces, ante situaciones límite, salen a la luz muchas otras situaciones que necesitan ser habladas. Creo que es un caso de ellos. Ella tenía mucha necesidad de hablar, y considero que va más allá del hecho del perro.

23/08:

Vamos a visitarla y se pone contenta. Ha evolucionado bien clínicamente, y hoy la pasan al 4to piso. Dice que le va a costar porque la trataron muy bien en la UTI. Que hoy está viva gracias a los médicos. Se muestra muy agradecida por el personal de salud, y demuestra tener afectos positivos hacia ellos.

No quiere pasar a piso porque más gente podrá visitarla y le preguntará sobre lo sucedido. Hablamos de la importancia de HISTORIZAR lo sucedido

Llama la atención tanto agradecimiento al personal de salud. Ella vivía sola.

Está desnuda. Entra un médico.

El perro ya se fue de su casa.

Está contenta porque está con vida supuestamente.

Nos pregunta si vamos a seguir visitándola, a lo que respondemos que sí.

NATALIA.

29/08

La interconsulta se realizó la semana pasada. Una vez allí una de las enfermeras dijo: “Por favor llévatela a tu casa, o dame un clona”, Es una paciente que les genera mucha demanda. Pidieron la inter con urgencia, ya que el martes pasado la Lic. no había podido ir. El motivo de consulta estaba antes para la UTI y ahora ya está en sala. Nos cruzamos con otra de las médicas que contaba que la paciente no quería bañarse y no tenía iniciativa para asearse,

que defecaba y orinaba en la cama, tuvieron que llevar un baño portátil. La paciente no colabora, se encuentra desganada.

Entrevistamos a la paciente.

Ella expresa estar muy bien. No refiere tener pensamientos malos, a la noche dice que le cuesta dormir, pero no tiene malos pensamientos. Está haciendo picos de fiebre muy altos, y dice que la fiebre la hace delirar, pero no muestra mucha preocupación al respecto. Nos cuenta de su hija que tiene un diagnóstico de TEA, nos habla con propiedad, no parece tener ningún tipo de retraso como expresaron en el motivo de consulta los médicos. Su aspecto físico no es prolijo. Tiene barbilla y bigotes, pero ella dice que, si se bañó, se peinó y se en cremo. Expresa estar bien de ánimos, habla por videollamada con sus amigos, y prefiere estar aquí antes que estar en la UTI.

Me pregunto por su fiebre, si hay alguna cuestión ansiógena de su parte, cuánta conciencia tiene ella de su enfermedad. Anteriormente tuvo una neumonía por lo que la pasaron a la UTI.

Después de entrevistarla a ella entrevistamos a los médicos, y la médica dice que ahora tiene cáncer de tiroides también y todavía no se lo pudieron decir, porque pareciera que aún no procesa su diagnóstico de Leucemia. La médica refiere que le preguntó varias veces 'por el tratamiento de la leucemia, y ella ya sabía que le estaban haciendo quimio, pero aun así preguntó de nuevo. Entonces la médica le dijo que no iban a hacer ningún tratamiento a lo que ella respondió: "Ah, ¿no me van a hacer más quimio?". También nos comenta la médica que el pedido de interconsulta a psicología lo solicitó la familia, con críticas hacia los médicos en un principio, diciendo que no tienen empatía por repetir tantas veces su diagnóstico (Sin saber que era ella quien preguntaba). Es en ese momento cuando la médica se pregunta si quizás tenía algún tipo de problema cognitivo. Yo lo pienso en relación a la conciencia de enfermedad de esta paciente, negación de lo que le sucede. A las médicas les comentó que la fiebre la volvía loca.

Hay varias hipótesis presuntivas, pensando que quizás presenta alguna psicopatología de base, por esto de que se muestra diferente con cada profesional de la salud, por el mecanismo de negación, el desganado y falta de iniciativa para asearse. No parece haber depresión. Se solicita una interconsulta con psiquiatría.

La psicóloga le aclara a la médica que es bueno considerar que por un lado está la familia y por otro lado la paciente, y que ante cualquier situación con la familia que se acerquen a ella para hablar en el consultorio.

Qué importante hacer las interconsultas, investigar el motivo manifiesto y el motivo latente, escuchar al paciente y al médico. La interconsulta no se trata tanto de generar un efecto lineal al paciente, sino de ver qué pasa en el vínculo médico paciente, y quizás desde allí hacer algo, generar algún tipo de efecto. Para los profesionales médicos también es difícil sobrellevar tantos diagnósticos, y esta situación. En este caso el motivo de consulta manifiesto fue distinto al latente. También hay un contexto a considerar en esta paciente. Hay varias variables que hacen al motivo de consulta y son múltiples los efectos que puede generar y los roles que puede asumir. En este caso no se trató de una intervención directa, sino de un rol de acompañamiento y de escucha atenta tanto al paciente como al profesional de la salud.

TRANSCRIPCIÓN AUDIO DE PEDIDO DE INTERCONSULTA: Hola Lic. Buen día, te habla N, de onco, hemato, recién fui aca, eh bueno, veo que están con muchos pacientes, quería presentarte una paciente, Natalia, de 43 años. Esta paciente tiene diagnóstico reciente de leucemia aguda, sospecha de una leucemia mieloide aguda, emm... lleva poquitos días internada acá con nosotros, había entrado en un inicio a la UTI, con una genitorragia que requería transfusiones, le hicimos la transfusión. Ella en un principio no quería que le dijéramos nuestra sospecha diagnóstica, el día de ayer le tuvimos que... bueno le dijimos y aceptó que le informásemos el diagnóstico, que, como te digo, fue una leucemia aguda, lo cual estuvo con mucha labilidad emocional todo el día, con mucho llanto, eh, es una impresión nuestra también que no la vemos muy convencida con el tratamiento, que pueda llegar a adherir al tratamiento. Tiene un leve perfil, me hace acordar a MN, ¿se acuerda la paciente que se fue de alta voluntaria? Me da una impresión, personal. Emm, y bueno era para saber si ustedes podían dialogar con ella, porque es bastante cerrada para con nosotros el diálogo, le cuesta expresar lo que siente, las preocupaciones para con la enfermedad. Le preguntamos y dice que está todo bien, pero uno ingresa y llora, y tiene como cierto retraso madurativo, por decirlo de alguna forma, porque eso no está bien filiado en la historia clínica y bueno creemos que por ahí podían ustedes ayudarnos de ese lado para ver si ella puede expresarse más fácil con ustedes con respecto a cómo esta con su enfermedad, los miedos que pueda llegar a tener, y poder abordar el tratamiento porque ya tenemos la quimioterapia y podría ya arrancarla.

DANIEL

D: Daniel

P: Psicóloga

06/09

En el año 2012 le diagnosticaron Esclerosis múltiple. Dice que en su caso está asociado al estrés. Ante los brotes toma corticoides, lo cual hace desinflamar lo inflamado. (Él me explicaba su enfermedad) El último brote lo tuvo en 2020, en pandemia. Me habla de lo inmunopositivo (inmunomodulador del sistema nervioso central). Es una enfermedad de variable leve, pero ataca por otros frentes, por eso es una enfermedad también controlada por lo psi.

Tiene una personalidad melancólica y sumando su enfermedad, se aisló cuidando a sus padres. Anteriormente hizo el taller de música que se hacía en el hospital. Tiene mucha facilidad para el estudio. “Sin querer me dedique a cuidar adultos”. En su familia sufrió violencia e ignorancia. “La enfermedad es un misil a uno, una pistola apuntando cada vez que caminas”. A su familia le cuesta abordarla, manejarla. También le lleva mucho desgaste el certificado de discapacidad. Comienza a hablar del trabajo, de un trabajo independiente. La psicóloga remarca “Tener un trabajo independiente”.

Él no le encuentra sentido a la vida. “Tengo que encararlo de la manera más sana posible, seguir” “La burocracia y el acceso a la medicación no es fácil” Le dan la medicación más barata.

“Tengo baja autoestima, y me hago el pelotudo para postergar”.

“Para mi mi enfermedad es 55% psicológica, y 45% orgánica”.

“Estoy acostumbrado a posponer, es mi lucha principal y componente de mi depresión”.

Toma medicación antidepresiva, pero él no actúa. *(TCC. En la depresión, la medicación sola no ayuda, se necesita ACTIVACIÓN. La medicación prepara el campo, pero si el paciente no hace, nada va a suceder).*

El califica a la EM como su hermana menor, y a la depresión como su hermana mayor.

Vuelve a decir que no le encuentra sentido a su vida. Fuma mucho.

La Psicóloga le recomienda salir a caminar, pero es algo que intento y postergó.

Vemos por dónde empezar a accionar. Act. física/ Act. social: elijamos una. A él le gustaría una actividad más educativa.

Pienso que el mismo se pone en un lugar de “viejo” connotándolo negativamente, a la vez que lo usa como excusa para hacer cosas. (Mecanismo confirmatorio)

13/ 09:

No le gusta molestar mandando mensajes.

D: Tengo como una marca de nacimiento inconsciente. No preguntar al otro para no molestar.

Soy muy estructurado, no quiero romper las guindas. Esto lo lleva a aislarse.

D: “Me lleva al viejazo. Tengo hábitos de 85 años.

La Lic. propone hacer algún taller de algo.

Pone la esclerosis como excusa para no hacer.

D: Me sirvió la pandemia y el cuidado de mi madre para tomar ciertas distancias.

Antes salía a caminar, hoy cortó con esa actividad.

D: Todavía tengo potencial a todo lo que da, pero no lo llevo a la acción.

P: No lo desarrolla.

D: Sigo con la procrastinación a full. Me lleva a pensamientos malos. A trabajar cosas que no me corresponden.

Tanto tiempo al “pedo” (así dice el) lo lleva fumar más.

D: Tengo que construir una vida.

El estrés lo llevó a tener un brote de esclerosis en la pandemia.

D: Eventualmente la esclerosis es una excusa perfecta. Pero soy una persona normal.

Está reinando la procrastinación. Me encierro.

P: ¿Hasta cuándo?

D: Es una zona muy grande de confort. ¿Cómo hago para no dejar pasar los días?

¿Cómo pasar a la acción?

20/09:

P: ¿Hasta cuándo va a procrastinar?

D: Cuesta tomar la decisión y sostenerla en el tiempo como un hábito.

Hasta que no venga un infarto fulminante no reacciono, o alguna situación limitante
Cuenta una situación donde dice: “Sentí que se me escapaba el corazón del pecho. Tuve que sentarme 45 minutos para tomar aliento”

La cardióloga le dijo que debe cambiar la alimentación y llevar una vida más sana. D: No hubo vida sana, pero sí mucha medicación. Lo que tenía que poner de mi parte no existió.

P: Aun sintiendo la presencia de la muerte, ¿eso no lo hizo reaccionar?

D: No. Las decisiones que tomo no duran en el tiempo. Esto, falta de hábitos saludables hace que la esclerosis tenga mucho más poder.

Si no me dan la medicación inmunomoduladora me voy a hacer un piquete.

Hay una ideación de suicidio pasivo. Bueno, dejo pasar un día más.

Me tengo muy poco valor.

P: Los otros se preocupan más por usted que usted mismo.

P: Como es lo del suicidio pasivo?

Esperar a que pase...

P: En eso sí es constante

D: Sí. En el fumar, el aislamiento, etc. Hay una parte chiquita que sí quiere vivir. ¿Cómo hacer para que inunde lo demás?

1/11:

D: Empezamos con Buenas Noticias -

Fue al cardiólogo y los estudios le dieron bien- D:

Hay 2 verdades en esta cabeza loca:

1- odio los hospitales 2-Odio los remedios.

yo sé que ayudan en los momentos de

crisis. P: Dejar de postergar también ayuda

cuenta un montón de cosas que hace o quisiera hacer

P: "Pero sigo procrastinando"

D: Debían hacer más ejercicio, pero no lo hago. Sigo en el sedentarismo. Eso ayudaría a lo cardíaco

P: ¿Qué excusa se inventa para no salir a caminar con todas estas indicaciones?

D: Vagancia - Son excusas

P: usted es el rey de las excusas.

D: La excusa abre paso, no le diría fobia social, pero sí una precaución -. saber con quién ser sociable P: ¿cómo precaución?

...

P = usted socializa mucho a nivel superficial

D: con quien socializo mucho, después me dicen que no mando sms- / soy anti tecnología

Paradójico, porque veo muchos vídeos. Veo lo q hacen los otros y me gustaría ser- P: ¿Piensa que mandar un mensaje es molestar?

D: "Es una hermosa pelotudes, una excusa de barro.

(Habla de un ex compañero de trabajo) ..." No tomé la iniciativa"

P: lo que le molesta al otro es lo contrario

D: El otro tema es la EM- Me hace tener cierto ojo vigilante ante los síntomas. Ya sea si se agravan o no aparecen, y el tema de los calores -

Todo lo que conlleva p mi familia, futura pareja, que no se contagien mis hijos - P: son fantasmas que están, pero me pregunto Yo si son una excusa más.

D: yo me muevo solo, etc. Hay que tratarse con más dulzura - (Invita a alguien a salir y piensa en que debe decirle de la esclerosis)

P: se adelanta tanto que ni siquiera hace el primer movimiento.

D: No tengo una red solidaria. Tengo que construirla por sí en el futuro eventualmente me pasa algo.

...

P = No estamos hablando de pareja ni amigos

P= Esto de los miedos... es algo nuevo - Ha enfrentado muchas cosas + complejas y no puede enfrentar tomarse un colectivo a Mendiolaza -

D: Para mí una tremenda boludez

P: Y usted se agarra de ello para no hacer.

CRISTINA

C: Cristina

P: Psicóloga

06/09

Paciente que tuvo una operación de columna por un accidente de auto. Atravesó múltiples cirugías luego del accidente. Al poco tiempo del accidente falleció su padre, y fue ahí cuando entró en una depresión aguda. Ella trabajaba en las obras, pero con lo sucedido tuvo que dejar de trabajar.

C: “No podía ser independiente físicamente. Es terrible... deja secuelas... No tengo poder de decisión por mi vulnerabilidad. no puedo decidir.”

“No sé por qué camino”. “Me siento perdida” No puede sostener sus decisiones por sentirse frágil.

P: ¿Qué no puede decidir?

Ahora no tiene trabajo y no tiene ingresos. Trabaja independiente y tiene una sensación de incertidumbre. Hubo “CERO” trabajo el mes pasado.

C: “Con poco que ingrese, uno respira” En el taller del esposo se siente útil.

C. “He sido siempre muy negativa”.

Hay un ansia de querer hacer lo mismo que los otros y no poder por su condición, como por ejemplo trekking. Esto hace que no pueda pertenecer a un grupo.

C: Si estoy con un grupo acorde a mis posibilidades no me siento cómoda... x la memoria de mi cuerpo. He sido activa en mi pasado.

Relata dificultades con la familia

C: Me aislé de mi familia para sobrevivir emocionalmente.

Ahora los extraña, no sabe cómo volver. Tiene miedo al rechazo...

C. “Me bloqueo y me pierdo... Viven lejos y no tengo para pagar. No me puedo endeudar porque después no puedo devolver.

Presenta mucha indecisión

C: Ya no sé qué me gusta y qué no me gusta. Estoy perdida.

Habla de un evento familiar en Salta

C: ¿Si me pierdo el evento perdí la guerra o vale la pena que vaya? Quizás no cambie nada que vaya. Me estoy aislando hasta adentro de mi casa

Se le explica lo que es la rumiación y se retoman cosas que fue diciendo. No tolera los psicofármacos

27/09:

Se siente mejor yendo al coro, pero tiene miedo cuando va a cantar. Se le bajó la presión y se le quebró la voz. Hacía Mucho no le pasaba.

C: Antes me tomaba $\frac{1}{4}$ de clona, pero estaba dopada y no disfrutaba.

Todo el cuerpo se tensiona P:

¿Tanta tensión por cantar?

C: ¿Por qué?

Mi vida se está tornando en miedo. Me molesta que me pase eso. Quiero resolverlo.

Se siente toda la cabeza dentro de una lata. Hasta la vista, no me deja enfocar la visual. Es algo que me aprieta.

P: ¿No serán sus pensamientos que la aprietan? ¿A qué le tiene miedo?

C: A todo. Y eso que estoy mejor.

Tiene olvidos.

P: ¿A qué la lleva el miedo?

C: A estar todo el día encerrado. Estoy todo el día hecho un trapo.

A mi casa no llega el sol. Hay plantas que no florecen hace quince años porque no les da el sol.

Volvió a trabajar, volvió al coro, vende nueces, sale a caminar.

P: Va haciendo algunas cosas...

C: A pesar de todo, gran parte del día siento tristeza.

Cuando se rompe un vínculo me cuesta recomponerlo

Se fue de un grupo por empezar a enojarse con una amiga.

C: Me estoy comportando con formas que no me gustan Tomo decisiones y después reniego

Se aísla ante los problemas.

P: ¿No será que eso le genera tristeza? (El aislamiento) C:

No puedo avanzar.

Sé que es así, pero no sé qué hacer.

Todo lo pone en duda, todo lo sobre piensa.

4/10:

Estuvo enferma de las vías respiratorias. Le cuesta respirar, se cansa cuando camina.
Está muy cansada-con gastritis

P: ¿Usted cree que es casualidad que se haya enfermado?

C: "se mezcla todo"

Cuando uno está mal anímicamente el cuerpo sufre calamidades y parece más difícil cuando...

Justo me enfermé en el momento más triste- P: Su aislamiento tiene que ver con su tristeza. C: Tengo la necesidad de encontrar alguien que me guíe P - No estará dentro suyo la respuesta.

C: sí, pero no la encuentro

P: o no la escucha -

C: Cuando era joven era muy activa y tenía muchos amigos. Pero no tenía novio. Me decían "es que no ves"

P: No puede ver / escuchar las señales internas

C: Pero cuando lo escucho, dudo

P. No puede dudar todo el tiempo de sus decisiones. Duda en vez de darle un valor a lo que piensa

C: No estoy teniendo una constancia. Últimamente todo es así

Este tiempo que estuve enferma estuve hecha un papelito-

No tengo voluntad

P: ¿No tiene voluntad o constancia?

C: Es que es una mezcla

No hay constancia en la energía misma de estar bien-

...

P: La voluntad de hacer las cosas queda en la fantasía

...

C: Me ha quedado muy arraigado el hecho de no tener un centavo.

Ahora tenemos, pero no puedo salir de ese pensamiento

...

P: Haga usted la lista del super y vaya si es usted quien cocina- Hasta en las mínimas cosas se pone en duda.

C: Me replanteo si compré lo correcto. Es la inseguridad.

P: Por ahí hay que empezar, La confianza- La respuesta está dentro suyo. Qué Necesita que otro le diga-

...

C: Si yo desapareciera, la angustia desaparecería -

Es la forma más fácil

No es la primera vez de este pensamiento.

MONICA

Paciente con Leucemia. La venía viendo una psicóloga.

1/10:

Decidió hacer quimioterapia intensiva. Todavía no la arranco porque está con neumonía y fiebre.

La entrevistamos. Comienza a sonar un ruido del suero. Buscamos a la enfermera, pero no estaba. Comenzamos la entrevista así con el ruidito. Le preguntamos si le molestaba y dijo “tengo problemas más grandes”.

No sabe que tiene fiebre ni neumonía, pero sabe que no arrancaron con la quimio. Ella dice que le están haciendo un cuidado paliativo. “Lo supongo”.

Le dice la psicóloga que quizás la están preparando para arrancar bien la quimio.

Se encuentra cansada. Quisiera estar dopada y pasar esto dormida, pero no lo hace por su familia.

Hablamos de una posible interconsulta con psiquiatría para ver si puede revisar la dosis para poder descansar más.

A veces no tiene ganas ni de hablar con la familia. Dice que no tiene fuerzas, y que estuvo pensando que no sabe si su cuerpo va a resistir.

Ella estaba decidida a pelear, pero no puede hacer mucho.

Hablamos de que está esperando, en medio de la incertidumbre y eso ya es mucho.

VANESA

8/10

Paciente con fobia a lo médico (agujas) Tiene

un tumor de 6 cm en la cabeza.

Llegamos y dijo que no se acordaba de nada, ni de qué hizo ayer. Estaba leyendo un libro que se llamaba "víctima del miedo"

Nos contó un poco su problema de fobia a las agujas, más que todo a las banditas que la aprietan.

Dice que solo sigue por sus hijos y su marido, pero no por amor a ella misma.

"No sé qué hacer, cómo seguir. ¿Cómo se explica esto? ¿Tiene solución? Mi marido está enojado porque siente que lo abandoné, pero no puedo cumplir la promesa. No puedo, no lo controlo, sale lo animal de mí... No tengo voluntad ni conexión conmigo misma... Nunca tuve una pasión para hacer algo, un amor así por algo, nunca tuve pasión x la vida" (Cosas que fue diciendo de un discurso largo y verborrágico. Tono de voz alto.

"No Puedo": lo dice muchas veces.

"Lo mejor sería que me pongan en un coma inducido"

Cuenta de muchas carreras que dejó

Tiene una mamá depresiva que se pegó un tiro.

Hace 3 años sufre de depresión. Tiene que empezar tratamiento psiquiátrico.

¿Qué papel juega el tumor? ¿Estará vinculado a la depresión?

¿Qué expresa la fobia? Pulsión de vida vs pulsión de muerte.

Motivo de consulta: La fobia.

Problema: es mucho más complejo.

Si fuese por ella, no viviría más, pero tiene que seguir por sus hijos únicamente.

INTERCONSULTA GASTRO

24/10

Vinieron los tres médicos de gastro. Era una urgencia. El paciente tiene una colitis ulcerosa grave. (Algo en el Colón). Es un paciente poli consumo, y se quiere ir. No quiere el tratamiento. Ya se fugó una vez y volvió. La familia amenaza con hacer algo judicial para que se quede.

Lo fueron a ver el psiquiatra y la psicóloga, le dieron medicación (clona y risperidona) pero se niega a tomarla.

Piden contención psicológica, para que si él decide irse sepa que se va sabiendo que puede perder el colon o morir.

La médica está muy preocupada, angustiada. Cuenta que está incluso contracturada.

Los que fueron a verlo dicen que tiene conciencia de enfermedad. El psiquiatra que lo va a ver dice que tiene conciencia de la enfermedad, pero él quiere otra cosa. Su conducta es transgresora. No se trata de un impulso. Resuelven que lleguen a un acuerdo con la familia y los médicos, pero que al fin y al cabo él va a hacer lo que quiere...

¿Cuál es la intervención realizada? Se intervino o simplemente se supo que sucedía.

¿Hay algo nuevo a lo que ya se sabía?

¿Qué comunicación se les dio a los médicos además de la devolución por sistema?

Una de las psicólogas quiso ir a ver, pero no la dejaron. Ellos pidieron contención...

¿se ha respondido al motivo de consulta?

Llama mi atención que hayan venido tres médicos juntos a pedir la Inter.

Luego uno de los médicos se queda conversando. Le da tranquilidad que el psiquiatra diga que él va a hacer lo que quiere.

PABLO

24/10

Está un poco negado a la ayuda psicológica. Llegamos y estaba haciendo videollamada con su mujer, pide que no vayan a la tarde porque es el momento para estar con ella. Las enfermeras nos cuentan que perdió un hijo por leucemia, pero cuando hablamos del tema de los hijos no comprendemos si perdió dos o uno, nombra solo uno que falleció en un accidente en una bici. Nos habla mucho de su fe, que lo salvó, que fue lo mejor. Pero niega a su hijo con leucemia.

Su familia es muy importante. ¿Qué más necesitan que les cuente? nos dijo, como si estuviéramos haciendo una investigación.

La Lic. le ofrece un libro, pero no lo quiere, ya que él es evangélico y este libro incluía cosas de la Virgen María.

No se esperaba estar en el hospital, el sabía de su leucemia, dentro de poco le tocaban los controles, pero se sentía mal y fue a la guardia por otra cosa y lo terminaron internado, fue todo muy de repente y eso le costó.

El cuerpo lleva la cuenta. no se decide cuando va a llegar el malestar o los síntomas, etc.

5/11:

Entramos y leía la Biblia. No tiene intención de hablar de nada.

Me da la sensación de que está absolutamente disociado de su enfermedad. “Detrás de una fuerte defensa hay algo muy groso” me dice la Lic.