



Asociación Mexicana de
Tanatología, A.C.



Asociación Michoacana
de Apoyo Tanatológico

VIII CONGRESO NACIONAL DE TANATOLOGÍA

VIDA Y MUERTE

UNA RELACIÓN TRASCENDENTAL

Del 10 al 13 de Noviembre, Morelia, Mich.

M E M O R I A S

AMTAC:

Insurgentes Sur # 1160 3er Piso,
(Entre Miguel Laurent y Tlacoquemecatl,
Frente a Parque Hundido)
Col. Del Valle, C.P. 03100
Tels. 55.75.59.95 y 55.75.59.96
Fax: 55.75.41.95
www.tanatologia-amtac.com
E-Mail: info@tanatologia-amtac.com
Twitter: [@tanatologiamex](https://twitter.com/tanatologiamex)

AMAT

Teléfono (443) 3 24 41 25,
Celular (443) 3 11 22 75
Fresno núm. 329, Fray Antonio de San
Miguel, Morelia
(Atrás de Plaza Morelia)
amat-morelia@hotmail.com

LA CLÍNICA DEL DUELO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Laura Gabriela Aguilera Cruz*

RESUMEN

El concepto del Duelo, aflicción o trabajo de Duelo ha sido y es en la actualidad uno de los temas que ha llamado la atención a diversas instituciones y autoridades de salud mental, puesto que es considerado como elemento que responde a diferentes problemáticas a las que se enfrenta el sujeto que sufre: el melancólico o depresivo, el posible suicida, el adicto, el obeso, el anoréxico, y entre muchos otros, también al padre y madre que conciben a un hijo con defectos al nacimiento.

Sin embargo, el concepto del Duelo al ser utilizado y manejado desde diferentes perspectivas considero pertinente compartir lo que desde el ejercicio profesional ha sido una de las problemáticas con las que se puede enfrentar el psicólogo ante la demanda de una intervención en una institución hospitalaria; sobre todo cuando lo que está de por medio es un defecto al nacimiento o una enfermedad en estado terminal.

La solicitud de atención psicológica en la institución hospitalaria se genera habitualmente ante la percepción de sufrimiento en los padres del recién nacido o del niño enfermo, y tal solicitud es argumentada con el empleo del concepto del duelo en el sentido patológico. Es decir, si se percibe sufrimiento en el papá o mamá ante la información de un diagnóstico, se cree que quien sufre experimenta una situación enfermiza, así como también si es que no se llega a experimentar alguna emoción en las mismas circunstancias. Por tal razón, considero importante compartir una de las problemáticas del manejo del concepto de duelo como una de tantas situaciones que nos enfrentamos en la institución hospitalaria. La problemática del uso de dicho concepto estuvo orientada por los siguientes cuestionamientos: ¿cómo podríamos identificar si una persona requiere de una intervención psicológica en una institución hospitalaria? ¿A qué se le llama estar en duelo? ¿Si se está en duelo es alguien que se encuentra enfermo? ¿De qué manera se maneja una situación de pérdida en una institución hospitalaria? ¿Cuál es el la función del psicólogo en una situación de pérdida en el ámbito hospitalario?

LA CLÍNICA DEL DUELO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Laura Gabriela Aguilera Cruz*

psygaby20@yahoo.com.mx

*El deseo es intolerable pero protege al sujeto
contra la tendencia humana de buscar el límite,
el punto de ruptura, la satisfacción absoluta, el goce del Otro*

Juan David Nasio

El concepto del Duelo, aflicción o trabajo de duelo ha sido y es en la actualidad uno de los temas que ha llamado la atención a diversas instituciones y autoridades de salud mental, y aún, para quienes trabajan con la enfermedad en general. Dicho concepto ha sido considerado como el elemento que responde a diferentes problemáticas a las que se enfrenta el sujeto que sufre: el melancólico o depresivo, el posible suicida, el adicto, el obeso, el anoréxico, quien enferma y quienes se ven afectados por la enfermedad del mismo e incluso para los padres que conciben a un hijo con alguna discapacidad.

El ejercicio profesional que he desempeñado hasta el momento es como psicóloga clínica en un programa multidisciplinario llamado SinDis (Servicios Integrales para la Prevención y Atención de Discapacidades) del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer “Felipe Nuñez Lara” del estado de Querétaro¹; en el que se atienden a recién nacidos e infantes que cursaron o cursan con factores de riesgo de daño neurológico como asfixia, prematurez, malformaciones congénitas, síndromes congénitos o enfermedades degenerativas.

El programa SinDis pertenece a los Servicios de la Red de Salud, la cual está planteada de acuerdo al Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta (MAPSA). La atención médica se dirige a usuarios que acuden a Centros de Salud y unidades móviles de la Secretaría de Salud. Desde el primer contacto se capta a la embarazada para otorgarle la vigilancia de un embarazo saludable, se califica el riesgo obstétrico y se refiere en forma oportuna a los niveles correspondientes de atención especializada como los son los hospitales que pertenecen a la Secretaría de Salud de la república mexicana y que ofrecen el servicio de médicos especialistas.

El programa SinDis aborda a los embarazos, partos y recién nacidos con mediano y alto riesgo. Entre los diagnósticos que recibe el SinDis se encuentran: malformaciones congénitas del sistema circulatorio, defectos osteomioarticulares, síndrome de rubéola congénita, trastornos del

metabolismo, defectos del tubo neural, enfermedad hemorrágica del recién nacido y padecimientos oculares.

Entre las actividades generales que realiza el SinDis es efectuar la confirmación del diagnóstico, tratamiento, seguimiento, manejo de secuelas y prevención de complicaciones posteriores. Además de brindar el apoyo psicosocial al paciente y a su familia.

El equipo multidisciplinario del SinDis se encuentra constituido por médicos especialistas, nutriólogos, trabajadoras sociales, enfermeras, pueristas y psicólogos.

La información del diagnóstico la proporciona el médico directamente a los padres del recién nacido sin presencia del psicólogo; por lo que el psicólogo es solicitado posteriormente.

El objetivo general del área de psicología del SinDis es brindar el espacio terapéutico y la intervención psicológica oportuna para el tratamiento de la reacción de duelo que llegan a experimentar los padres y madres a partir del diagnóstico del Defecto al Nacimiento por medio de las actividades que realizamos las psicólogas del servicio denominado “Red de Padres”.

La función del psicólogo se encuentra orientada a la atención psicológica de padres o tutores, con el fin de asistirlos ante el impacto emocional de las posibles afecciones que pueda presentar el neonato. Impacto emocional que en lo general implica el sentido de una pérdida, una catástrofe sobre las expectativas de un hijo que nació.

El servicio del psicólogo es solicitado cuando los médicos, las enfermeras, las trabajadoras sociales o los mismos padres solicitan su intervención.

Lo que considero importante compartir en el ejercicio profesional que como psicóloga clínica ejerzo hasta el momento, es precisamente, la función que se desempeña ante la solicitud de la intervención psicológica. La propuesta respecto a la función el psicólogo corresponde a la elaboración del diagnóstico del sufriente, la importancia de considerar la singularidad de su contexto personal, familiar y social de acuerdo a las circunstancias que para él son determinantes de su sufrimiento como síntoma, el precisar desde dónde proviene la necesidad de la intervención del psicólogo y considerar los objetivos principales de la intervención del mismo frente a la Institución de Salud y los usuarios de ésta. Dicha propuesta se elaboró en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de Querétaro desde que comenzó a funcionar la Red de Padres a partir de la elaboración de un diagnóstico de las necesidades que manifestaba la Institución y los usuarios de ésta. El diagnóstico que se elaboró en la Red de Padres se estableció mediante el abordaje personalizado de los psicólogos a los padres de familia, tratando de cuestionar las necesidades y expectativas de los mismos ante los servicios de

salud que proporcionaba la institución así como las diversas concepciones que manifestaban los padres y madres acerca de la atención psicológica.

LA SOLICITUD DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA ANTE EL DUELO

La solicitud de atención psicológica en la institución hospitalaria se genera habitualmente ante la percepción de sufrimiento en los padres del recién nacido, y tal solicitud es argumentada con el empleo del concepto del duelo en el sentido patológico. Es decir, si se percibe sufrimiento ante la información del diagnóstico, se cree que quien sufre experimenta una situación enfermiza. Sin embargo, considero importante señalar el equívoco por el que se emplea de esta manera al concepto de duelo por ser uno de los principales factores que contribuyen a la adecuada función del psicólogo.

De acuerdo a las necesidades que se presentan en la institución ante un diagnóstico de defectos al nacimiento existe una reacción de sufrimiento que corresponde a una situación de pérdida, pero que definitivamente no debería plantearse como patológica ante la primera apariencia.

El duelo de acuerdo al psicoanálisis planteado por Sigmund Freud es:

“La reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”²

Y señala puntualmente la diferencia entre el duelo y la manifestación de melancolía, a la que le atribuye un estado patológico:

“A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía (y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza). Cosa muy digna de notarse, además, es que a pesar de que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni remitirlo al médico para su tratamiento.”³

Lo que llama la atención a Freud, es la característica que únicamente manifiesta la melancolía: “una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico [ichgefühl].”⁴ Lo cual tiene como implicación la elección de objeto que realizó el sujeto y a su vez, el resultante generado ante la pérdida como una regresión al narcisismo originario:

“Tiene que haber existido, por un lado, una fuerte fijación en el objeto de amor y, por el otro y en contradicción a ello, una escasa resistencia de la investidura de objeto. Según una certera observación de Otto Rank, esta contradicción parece exigir que la elección de objeto se haya cumplido sobre una base narcisista, de tal suerte que la investidura de objeto pueda regresar al narcisismo si tropieza con dificultades. La identificación narcisista con el objeto se convierte entonces en el sustituto de la investidura de amor, lo cual trae por resultado que el vínculo de amor no deba resignarse a pesar del conflicto con la persona amada.”⁵

Quien se encuentra en el proceso de duelo reacciona frente a la pérdida sin perder su yo, sufre, pero no como un estado patológico. Lo que contribuye al proceso de duelo es la existencia del examen de realidad en el que muestra que el objeto amado se ha perdido. El resultado es lo que comúnmente se le atribuye como la condición necesaria para superar la pérdida. Sin embargo, si la reacción del sujeto frente a la pérdida permanece como melancolía

constante se debe a que la identificación que se tiene con el objeto perdido se dirige hacia el yo, logrando por consiguiente que haya un sentimiento de pérdida del sí mismo, el sujeto que sufre es ahora como el objeto perdido, mostrando así síntomas melancólicos:

“El resultado no fue el normal, que habría sido un quite de la libido de ese objeto y su desplazamiento a uno nuevo, sino otro distinto, que para producirse parece requerir varias condiciones. La investidura de objeto resultó poco resistente, fue cancelada, pero la libido libre no se desplazó a otro objeto sino que se retiró sobre el yo. Pero ahí no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado.”⁶

En la melancolía la pérdida del objeto genera en el sujeto la pérdida de sí mismo. Es decir, se produce una regresión que va de la elección de objeto al narcisismo originario.⁷ Lo cual explicaría la falta del sí mismo ante la regresión al narcisismo como fase anterior a la constitución del Yo.

Si se retoma el concepto de narcisismo es precisamente para argumentar cómo es que para la constitución del sujeto es indispensable el paso que se hace del narcisismo a la elección de objeto. Freud señala como indispensable las primeras relaciones de amor por las que el niño experimenta, pues a partir de éstas el niño posee como referencia sus primeros objetos de amor, las cuales constituyen el Ideal del Yo⁸. Dicha situación surge en el momento en que el niño dirige el amor que se tiene a sí mismo hacia el objeto de amor que desea por medio de la identificación y como resultado de la pérdida del objeto de amor del niño. Las identificaciones que realiza el niño (las cuales constituyen al Ideal del yo) se encuentran en base a los modelos que ofrecen las relaciones con estos primeros objetos de amor; y las identificaciones son las formas en que puede recuperar a los objetos de amor perdidos:

“En el caso de la identificación, el objeto ha sido perdido [...] o abandonado [...] Entonces vuelve a erigirse en el yo y el yo se transforma parcialmente y de acuerdo con el modelo del objeto perdido [Vorbild]. Esto sucede respecto al padre: el padre es erigido como modelo. La madre, por su lado, es investida como objeto [Objektbesetzung] al modo del enamoramiento [Verliebtheit]. Es decir, el objeto es conservado y como tal, sobreinvestido por parte del yo y a sus expensas. Se establece así una especie de vasallaje por parte del yo hacia el objeto. El yo pierde parte del amor que se tiene a sí mismo para cederlo al objeto y ponerse a su servicio[...]⁹

EL TRABAJO DE LA RED DE PADRES

Al considerar la diferencia entre melancolía y trabajo de duelo la posición del psicólogo será fundamental para determinar el tipo de intervención que ejercerá en el sujeto que sufre de acuerdo a los objetivos del programa de la Institución de Salud y de las necesidades identificadas en los usuarios de la misma. Por ejemplo, si un individuo que ha concebido a un hijo con discapacidad realiza en acto la pretensión de fungir el rol paterno¹⁰ lleva implícito el deseo de alcanzar su fin propuesto mediante la atención oportuna de los tratamientos que requiera su hijo como por ejemplo efectuar la tarea de contribuir a la supervisión continua del hijo por parte de los especialistas en la consulta externa, así como los diferentes actos que implican la función de ser quien auxilia al hijo en las necesidades que éste presente. De llevar así el acto de ser

padre se sitúa por lo tanto, al sufriente como padre (sujeto) que responde a lo que constituye su yo: ser un padre. A este sujeto se le atribuye por lo tanto, que se encuentra en duelo, puesto que no se ha perdido el sí mismo de su situación frente a la pérdida, aún cuando el hijo que tiene no es el que esperaba. Mientras que aquel individuo que ante las mismas circunstancias pierde la condición que suponía ejercer como padre, por consiguiente, no funge como tal, y en este caso son aquellos que abandonan al recién nacido en el hospital o lo abandonan de todo tratamiento terapéutico y de rehabilitación adjudicando que las circunstancias son tan agobiantes que su proyecto de paternidad o maternidad se posterga ante el surgimiento de síntomas de sufrimiento y melancolía que imposibilitan continuar ya sea como padre o como lo que solían ser: personas con ideales, motivaciones, planes, etc. El sentido de la pérdida corresponde a las expectativas planteadas con el niño sano que se anhelaba, pero también sobre pérdida “de lo que eran” frente a las personas que los rodean: padre, madre, esposo, esposa, profesionista, ama de casa, hija, hijo, hermano, compañero, etcétera. En sí, se detecta la pérdida del Yo como estructura del sujeto, pues se destacan signos característicos de la melancolía como el aislamiento, inhibiciones de toda productividad, autorreproches, autodenigraciones, sentimiento melancólico aparentemente sin razón alguna, pérdida del interés ante cualquier aspecto que anteriormente significara placer y particularmente se escucha decir sobre la sensación de ser “alguien distinto”, que en ciertos casos genera la angustia por la imposibilidad de conocer las causas tanto de la angustia como de su “transformación”.

La intervención psicológica de la Red de Padres está orientada hacia los padres de familia porque consideramos que son quienes constituyen el primer apoyo estructural de los infantes, tanto en la formación humana como en su formación biológica y social. Si los padres se encuentran involucrados en la atención integral del infante con la asistencia constante a la supervisión médica especializada en la consulta externa, el seguimiento de los tratamientos médicos y terapias de rehabilitación, dan cuenta de la participación activa en la mejora de vida de su hijo. Por el contrario, si los padres de familia no acuden a los servicios de la consulta externa como lo indica el seguimiento médico especializado, con seguridad el niño se encontrará en riesgo de padecer discapacidad.

La Discapacidad es la ausencia, restricción o pérdida de la habilidad para desarrollar una o varias actividades que realiza todo ser humano con el fin de satisfacer sus necesidades básicas¹¹; si sabemos que dicha ausencia o restricción puede llegar a limitar al individuo parcial o totalmente, el SinDis se orienta con la finalidad de ofrecer una mejor calidad de vida a los infantes para que puedan plantearse alternativas oportunas de rehabilitación y terapéuticas en las que se ofrezca la disminución de la discapacidad. Por ejemplo, si un infante que ha presentado al nacimiento el defecto de labio y paladar hendido y se atiende oportunamente con las cirugías correspondientes, el tratamiento de ortodoncia, la intervención psicológica y la terapia de lenguaje se infiere que seguramente el infante disminuirá la discapacidad respecto a la dicción e

integración en el ámbito social (escuela, trabajo, en todas sus relaciones interpersonales).

Mediante un diagnóstico general de los usuarios que acceden al servicio de la Red de Padres -elaborado por quienes integramos el equipo de psicólogas de la Red de Padres- se identificó una problemática en el funcionamiento de quienes participamos de manera multidisciplinaria en el programa SinDis y por consiguiente, de la Institución de Salud: la exclusión de los padres en el seguimiento médico oportuno de los infantes.

Se sabe que si existe un tratamiento oportuno para quienes presentan ciertos defectos al nacimiento se podría contribuir a que éstos sean una deficiencia únicamente y no una discapacidad total del individuo. Esto siempre y cuando se cuente con la participación activa de los padres y madres de los infantes.

En dicho seguimiento se incluye no sólo al personal de salud (la Institución de Salud) involucrado en la detección del defecto al nacimiento, sino a **los padres y madres** que fungen como los principales promotores de lo que pudiera representar una discapacidad para el niño o una oportunidad para intervenir adecuadamente.

La exclusión de los padres es en definitiva una de las problemáticas con las que se enfrentaba el programa SinDis ante la ausencia de los niños a los tratamientos planteados a partir de la detección del defecto al nacimiento o factores de riesgo.

En el servicio de la Red de Padres consideramos que si existe información e inclusión de los padres de familia no sólo con el abordaje personalizado de los padres y madres sino en la continua comunicación de quienes participan en el sector salud habremos logrado que el proyecto de Salud se estructure con la participación de quienes conforman las familias, comunidades, municipios, etc.

La promoción, sensibilización y prevención efectiva de los Defectos al Nacimiento presenta como principal obstáculo la falta de información pero sobre todo la equivocada afirmación de que la prevención solo proviene del personal de salud, y, que por lo tanto, la información solo se le atribuye al personal capacitado dando como consecuencia la ausencia de responsabilidad que favorezca la toma de decisiones preventivas, la producción colectiva de acciones en beneficio de la salud y finalmente la sensibilización ante el cuidado de la salud.

Las acciones de mejora que presentamos en el reporte anual de la Red de Padres 2007 se orientaron a disminuir el riesgo de que los infantes incrementen su discapacidad al no detectarse a tiempo signos de alarma que pongan en peligro la salud del niño y su integración en lo social. Por medio de las actividades que ofreció la Red de Padres del SinDis en el 2007 identificamos la afluencia de usuarios en las distintas clínicas que pertenecen al SinDis a partir de los registros que los médicos y enfermeras han realizado. Dichas

actividades consisten hasta el momento, en el abordaje personalizado a padres y madres, pláticas informativas sobre temas de orden preventivo y de sensibilización, talleres de sensibilización sobre la discapacidad, psicoterapia individual y de pareja y distribución de folletos informativos.

Se elaboraron trípticos informativos con el fin de que tanto el personal como la población usuaria conocieran las funciones que el SinDis ofrece ante los Defectos al Nacimiento. Para ello nos dimos a la tarea de distribuir folletos en los que se señalaba una descripción concisa de los diagnósticos que maneja el SinDis, por ejemplo, labio y/o paladar hendido, luxación de cadera congénita, trastornos del metabolismo, defectos osteomioarticulares, defectos del tubo neural, enfermedad hemorrágica del recién nacido y padecimientos oculares.

El abordaje del psicólogo consiste actualmente en diversas actividades encaminadas a la atención personalizada, las cuales se enuncian de la siguiente manera:

- 1) Durante la hospitalización se lleva a cabo el primer contacto con el padre o madre, el cual consiste en la presentación del psicólogo y del programa SinDis.
- 2) Se realiza un rastreo de los factores de riesgo para asesorar sobre medidas preventivas sobre Defectos al Nacimiento y su posible seguimiento del equipo multidisciplinario del SinDis.

- 3) Se realiza la labor de acompañamiento terapéutico a los padres de familia de pacientes durante la hospitalización del infante.

- 4) Para fomentar la asistencia a las pláticas de Red de Padres se recurre al apoyo de trabajo social, quien da una pequeña invitación impresa en la que se señala el horario, lugar y día. Esta invitación se proporciona un día antes, a la hora de ingresar a la visita mientras realizan su registro de ingreso al cunero.

Al abordar a los padres de manera individual no se lograba cubrir al total de los padres de los pacientes de cuneros y de las terapias (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN, Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales UCIREN y Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica UTIP) por lo que se planteó que además del abordaje personalizado se convocara en un espacio donde todos tuvieran acceso a la misma información respecto a la prevención, tratamiento, y seguimiento de sus hijos. Tratando de que los contenidos de las pláticas cubrieran las expectativas de sensibilización, información, orientación y asesoría que permitiera el cuestionamiento y compromiso de lo que corresponde el rol paterno.

Entre los resultados observados a partir de las actividades de la Red de Padres se obtuvo la participación activa de los padres, puesto que generan preguntas a los médicos sobre las dudas, pronósticos y las alternativas que pudieran obtener para sus hijos. Ante la inquietud de los padres y el acto de fungir su rol paterno disminuye en gran medida la angustia y el frecuente estado melancólico de los padres. Y al disminuir la angustia y los síntomas melancólicos los padres posibilitan el continuar con el tratamiento de sus hijos.

Las pláticas de Red de Padres se orientan a que el padre y madre reconozcan el sentido de pertenencia que poseen frente a un grupo que comparte la

particularidad de la hospitalización de uno o varios hijos. Este sentido de pertenencia al grupo permite la posibilidad de identificar emociones comunes, actitudes e incluso proyectos de vida que manifiesten la necesidad de atenderse de manera especializada ante la intervención del psicólogo. La Red de Padres se constituye así como una red grupal en la que cada integrante legitima su rol paterno o lo construye a partir de las necesidades que su hijo pudiera presentar ante un diagnóstico de defecto al nacimiento.

El aspecto emocional es considerado en la Red de Padres como parte integral del individuo y de su actuación como padre o madre; si existe desorientación y ausencia en el seguimiento multidisciplinario que el SinDis plantea se ofrece el servicio de psicoterapia y de las actividades de Red de Padres para delimitar la problemática del padre o madre. La delimitación de la problemática se encontraría en función de la falta de información sobre el pronóstico del infante o de la cuestión emocional del padre o madre ante la información del diagnóstico. Ambas posibilidades se determinarían en las entrevistas que realizaría el psicólogo a los padres de familia que acuden al servicio de psicoterapia de la Red de Padres.

Otro de los resultados de las dinámicas de la Red de Padres es que después de un abordaje personalizado, de las pláticas y del conocimiento de la función del psicólogo los padres de familia acuden al servicio de psicología y en consecuencia poseen más argumentos personales e informativos para el adecuado seguimiento de su hijo. Estos resultados los identificamos en el incremento de la consulta externa de las especialidades que ofrece el SinDis.

Como conclusiones examinamos que la función del psicólogo en el equipo multidisciplinario constituye un elemento básico en la intervención multidisciplinaria del SinDis al aportar el espacio terapéutico y la difusión del servicio psicológico entre los padres y madres responsables de los cuidados del recién nacido. Con el reconocimiento de la identidad del psicólogo en el hospital se facilitan diversos procesos de intervención tanto para el médico, la enfermera, la trabajadora social y para los padres de familia. Al tomar en cuenta la condición integral del ser humano como ser biopsicosocial se identifica la necesidad de atender el aspecto emocional y social de los usuarios.

Así mismo, al identificar el aspecto emocional se contribuye al funcionamiento adecuado de los integrantes de una familia que constituyen también a una sociedad. Y viceversa, si se detectan factores sociales dentro de la institución hospitalaria que afectan el funcionamiento integral de una o varias personas será de vital importancia examinarlos para contribuir al adecuado funcionamiento tanto de la institución como de sus objetivos para con la sociedad que utiliza sus servicios. Esta conclusión se encuentra basada en la pasividad que muchos de los padres mostraban ante los servicios de salud que la institución les ofrece, teniendo como consecuencia que los padres responsabilizaran de la salud o la atención médica de la enfermedad a quienes representan el saber médico. Sin embargo, a partir de incluirlos con sus

inquietudes, dudas, preguntas y participación formaron parte del equipo de salud que pretende prevenir, tratar y atender la salud integral de la familia. La promoción y prevención se vuelve una cuestión que se comparte entre el servidor de la salud y los usuarios activos para una producción colectiva de la salud. Los conocimientos y las responsabilidades compartidas entre la institución hospitalaria y los usuarios (padres de familia) sirven para cuestionar, generar y organizar acciones preventivas.

De esta manera comprobamos que así como cada persona se encuentra constituida de manera integral (biopsicosocialmente) de igual manera quienes constituimos a la institución de servicios de Salud funcionamos de manera integral al incluir a los usuarios como los principales motivos de nuestro servicio y adquisición de conocimientos.

CONCLUSIONES

El servicio de psicología del SinDis funciona así como el espacio terapéutico en el que la palabra del sufriente se despliega para atestiguar al sujeto o a la falta de sí. La intervención psicológica se orienta a dar paso a la palabra del sufriente mediante la figura del psicólogo que porta el lugar del Otro, considerando que el Otro permite la función simbólica de ser el soporte para el sujeto, el discurso del sufriente surge como testimonio que sostiene la causa de su estado de sujeto (Yo) u objeto (pérdida del sí mismo).

Cuando hago mención del “Otro” me refiero a lo que en la obra psicoanalítica de Lacan se señala como el que facilita la introducción del infante en el registro de lo simbólico ante su vinculación y atribución de ser un semejante. El Otro subjetiviza al considerar la presencia del sujeto; y el sujeto es determinado por el Otro a partir del significante que éste último le aporta. Mediante el proyecto planteado de la Red de Padres nos permite localizar el lugar del Otro como institución y al sujeto como el usuario de la institución. En el que la organización de la Institución y la participación del usuario se realiza de manera horizontal al considerar que los resultados y beneficios sean a partir de la participación conjunta. El Otro (la Institución de servicios de Salud) aporta un soporte con las funciones y servicios que ofrece siempre y cuando le da el lugar al sujeto como parte indispensable de sus objetivos y resultados, mientras que el Sujeto se atribuye como usuario al hacerse partícipe en los servicios que solicita. Para el psicólogo el identificar su función dentro de una institución cualquiera le posibilita determinar su posición y ejercicio como representante de los objetivos planteados de la misma. Y al delimitar su campo de acción se construye y proyecta la importancia de su quehacer y participación en la Institución.

Retomando a Jacques Lacan diríamos que se trata de subrayar la importancia de la intervención de un Otro en la constitución del sujeto y sus implicaciones a partir de su introducción como sujeto en el orden simbólico mediante el significante:

“El significante, les dije en otro momento decisivo, se distingue del signo en el hecho de que el signo es lo que representa algo para alguien, mientras que el significante es lo que representa a un sujeto para un ser significativo.”¹²

Mientras haya un significante del Otro habrá movimiento del deseo de cura y por lo tanto de una causa que sostiene o argumenta su síntoma de sufrimiento; es decir, el objeto que causa el sufrimiento como síntoma (objeto **a**). Pero para que ésto suceda, será necesaria la intervención de un “Otro” que pueda accionar la identificación del sujeto con el objeto perdido permitiéndole un examen de realidad.

“Quiere decir, indisolublemente, que el sujeto, allí donde nace, se dirige a lo que llamaré brevemente la forma más radical de la racionalidad del Otro. Este comportamiento no tiene, en efecto, ningún otro alcance posible, sino el de insertarse en el lugar del Otro, en una cadena de significantes que tienen o no tienen el mismo origen, pero que constituyen el único término de referencia posible para la huella convertida en significante.”¹³

La condición entonces por la que podría constituirse un sujeto es a partir de la falta que le indica el Otro a partir de que funciona como quien le aportará la cura: efecto que provocará la causa de su sufrimiento (objeto **a**) a partir del despliegue de su palabra, con lo que es sujeto u objeto.

*“Si **a** se llama **a** en nuestro discurso, no es tan solo por esta función de identidad algebraica de la letra que predicamos el otro día, sino, para decirlo humorísticamente, porque es lo que ya no se tiene. Por eso este **a** que en el amor ya no se tiene, se le puede reencontrar por vía regresiva en la identificación en forma de identificación con el ser. Por eso Freud califica exactamente con el término regresión el paso del amor a la identificación. Pero, en esta regresión, **a** permanece como lo que es, instrumento. Es con lo que se es que se puede tener o no, por así decir.”¹⁴*

Considero que el psicólogo será aquel que pueda fungir como el Otro que proporciona el lugar en el que la escucha y la intervención terapéutica le atribuye al síntoma un sentido que es posible retomar como significante que genere la cura tanto en el cuerpo como en lo que respecta a la angustia como síntoma. El lugar del psicólogo implica la posibilidad para el sufriente de colocarse como un sujeto, ya sea como padre o como responsable de lo que para él representa ser un sujeto que determina la dirección de lo que aspira ante las circunstancias a las que se enfrenta.

Las necesidades y las expectativas para muchos psicólogos que también funcionan como un Otro son los elementos determinantes del lugar en que el psicólogo habrá de ocupar como el principal agente de la intervención psicológica.

La elaboración de un diagnóstico general y la localización de las expectativas del sufriente es en cierta manera lo más importante, puesto que de ello depende el tipo de intervención que el psicólogo realizará. Si en el ámbito médico la enfermedad es entendida por la evidencia de los síntomas físico-químicos, donde el cuerpo del sujeto es atendido para suprimirlos y volverlo al estado antagónico de la enfermedad; para el médico el síntoma es a lo que generalmente se reduce el sujeto. Mientras para el psicólogo el sujeto no

puede ni debe reducirse al síntoma que presenta, lo que le atañe es también a lo que lo constituye como sujeto enfermo y lo que para él implica su estado.

Retomando entonces el sentido de la pérdida para el sujeto enfermo y para quienes se ven afectados por la misma, es menester identificar cuál es la solicitud de los mismos ante la asistencia que proporciona el psicólogo.

Finalmente, considero importante señalar que una intervención psicológica no puede asemejarse en nada a lo que realiza la psicofarmacología o la medicina, puesto que no se trata solo de suprimir al síntoma psíquico, sino de abordarlo para orientarlo a su origen y causa que le permita al sujeto enfrentar la adversidad a partir de su palabra.

BIBLIOGRAFIA

FREUD, S.; Obras Completas de Sigmund Freud; *Duelo y Melancolía* (1917); Amorrortu Editores; Buenos Aires, 1978.

FREUD, S.; *Obras Completas de Sigmund Freud*; La Identificación, en Psicología de las masas y análisis del yo; (1917); Amorrortu Editores; Buenos Aires, 1978. Vol XVIII Pág. 99

LACAN, J. Seminario de la Angustia; Edit. Paidós, 2004

FREUD, S. *Introducción al Narcisismo* (1915); Obras Completas de Sigmund Freud, Amorrortu; Vol. XIV; 1976, Buenos Aires, Argentina.

ROUDINESCO; E.; *¿Por qué el psicoanálisis?*; 2000; Buenos Aires, Argentina; Editorial Paidós.

ROUDINESCO; E.; *El paciente, el terapeuta y el Estado*; 2005; Buenos Aires, Argentina; Editorial Siglo Veintiuno editores Argentina.

NASIO; J.D.: *Los gritos del cuerpo, psicomatica*; 2004; 1ª ed. 3ª reimp.; Buenos Aires, Argentina; Editorial Paidós.

NASIO; J.D.: *Cinco lecciones sobre la Teoría de Jacques Lacan*; 1992; Barcelona, España; Editorial Gedisa.

TAMAYO, L.; *El discipulado en la formación del psicoanalista; un aporte del psicoanálisis a la pedagogía*; 2004; México; Editorial Sello de Agua ensayo.

Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA 2000 Prevención y Control de Defectos al Nacimiento; 31 de Octubre de 2001; Diario Oficial de la Federación; México, D.F

NOTA

* Psic. Clínica egresada de la UAQ Maestría en Psicología Clínica UAQ (Título en trámite) Ejercicio Profesional: Responsable de la Red de Padres del programa SinDis del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer “Felipe Nuñez Lara” Querétaro, Qro. desempeñándome como Psicóloga Clínica en Depto. SinDis (Servicios Integrales para la Prevención de Discapacidades)

* Psic. Clínica egresada de la UAQ Maestría en Psicología Clínica UAQ (Título en trámite) Ejercicio Profesional: Responsable de la Red de Padres del programa SinDis del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer “Felipe Nuñez Lara” Querétaro, Qro. desempeñándome como Psicóloga Clínica en Depto. SinDis (Servicios Integrales para la Prevención de Discapacidades)

¹ Perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).

² FREUD, S.; *Obras Completas de Sigmund Freud*; La Aflicción y la Melancolía (1924); Amorrortu Editores; Buenos Aires, 1978. Pág. 241

³ Ídem. Pág. 241

⁴ Ídem. Pág. 243

⁵ Ídem. Pág. 247

⁶ Ídem. Pág. 246

⁷ FREUD, S. *Introducción al Narcisismo* (1915); *Obras Completas de Sigmund Freud*, Amorrortu; Vol. XIV; 1976, Buenos Aires, Arg. Pág. 87

⁸ Ídem. Pág. 87

⁹ FREUD, S.; *Obras Completas de Sigmund Freud*; La Identificación, en *Psicología de las masas y análisis del yo*; (1917); Amorrortu Editores; Buenos Aires, 1978. Vol XVIII Pág. 99

¹⁰ El rol paterno se entiende como la función que asume el tutor del infante, padre o madre ante los requerimientos que la institución de salud necesita para el tratamiento médico, por ejemplo cuando se le informa sobre el diagnóstico y se le pide su consentimiento para aplicar cierto medicamento o cuando se le indican las sugerencias de acudir con los médicos especialistas de la institución hospitalaria para continuar con el seguimiento multidisciplinario. Quien realiza la función del cuidado integral del infante se dice que entonces asume el rol de su paternidad.

¹¹ Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA 2000 Prevención y Control de Defectos al Nacimiento; 31 de Octubre de 2001; Diario Oficial de la Federación; México, D.F

¹² LACAN, J. *Seminario de la Angustia*; Sesión del 12 de Diciembre de 1962; Edit. Paidós, 2004; pág. 74

¹³ LACAN, J. *Seminario de la Angustia*; Sesión del 12 de Diciembre de 1962; Edit. Paidós, 2004; pág. 75-76

¹⁴ LACAN, J. *Seminario de la Angustia*; Sesión del 23 de Enero de 1963; Edit. Paidós, 2004; pág. 131