



**La Construcción del Rol del Psicólogo en el Contexto Hospitalario desde una Orientación
Psicoanalítica**

María José Franco Aguirre

Michael Suárez Amaya

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogos

Asesor

Juan Diego Lopera Echavarría, Doctor (PhD) en Ciencias Sociales y Humanas

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología
Medellín, Antioquia, Colombia
2024

Cita	(Franco Aguirre y Suárez Amaya, 2024)
Referencia	Franco Aguirre, M. J., & Suárez Amaya, M. (2024). <i>La construcción del rol del psicólogo en el contexto hospitalario desde una orientación psicoanalítica</i> . [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Estilo APA 7 (2020)	



Grupo de Investigación Método Analítico y sus Aplicaciones en las Ciencias Sociales y Humanas.

Asesor: Juan Diego Lopera Echavarría.



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

Gracias....

Al profesor Juan Diego Lopera, quien nos acompañó en nuestro encuentro con el psicoanálisis y en la construcción y reconocimiento de un saber que va más allá de la teoría -y de las palabras.

Agradecemos profundamente su disposición por hacer parte de este camino.

Al Grupo de Investigación El Método Analítico y sus Aplicaciones en las Ciencias Sociales y Humanas, que nos permitió explorar nuestros intereses y comenzar a afianzar nuestros pasos en la investigación.

A los psicoanalíticos que nos permitieron encontrar y descubrir, en sus palabras y respuestas, la materia prima fundamental para explorar este tema que nos inquieta e interesa tanto.

A los profesores que estuvieron siempre dispuestos a recibir nuestras preguntas, a conversar y aportar a este trabajo.

A nuestra Alma Mater, que fue hogar fecundo para pensar(nos) y para comenzar a construir - asumiendo que no es un proceso que tenga un fin- nuestro propio rol, nuestra propia ética profesional y existencial.

Finalmente, inmensas gracias a nuestra familia y personas cercanas, aquellos seres que desde sus muy diversas -e infinitas- formas, fueron y siguen siendo semilla y sostén en este camino profesional que apenas comienza.

Tabla de contenido

Resumen.....	6
Abstract.....	7
Introducción	8
Planteamiento del Problema.....	8
Objetivos	10
Objetivo General	10
Objetivos Específicos	10
Metodología	11
Enfoque Cualitativo.....	11
Fenomenología Hermenéutica	12
Técnicas de Recolección.....	13
Unidad de Análisis	14
Plan de Recolección de Información.....	14
Plan de Análisis de Información	15
Principios Éticos.....	15
Capítulos del Informe	16
Capítulo Primero. A Modo de Antecedentes	18
Concepto de Rol	18
Psicología de la Salud	19
Psicología Hospitalaria	21
Psicología Clínica	22
Orientación Psicoanalítica.....	26
Capítulo Segundo. Construcción del Rol: Funciones y Demandas.....	30
Funciones Establecidas en el Contexto Hospitalario y Demandas de la Institución.....	30

Demandas del Personal de la Salud.....	32
Demandas del Paciente	33
Demandas Externas e Intervención Psicoanalítica: Una Conversación Posible	34
Análisis	37
Capítulo Tercero. Posición Desde el Psicoanálisis	43
Intervención Psicoanalítica	43
Influencia de la Teoría Psicoanalítica	48
Clínica Psicoanalítica y Singularidad	53
Formación del Psicoanalítico	55
Análisis	57
Capítulo Cuarto. Sobre la Eficacia	67
Ideal de Eficacia	67
La Eficacia Desde una Mirada Psicoanalítica	68
Los Efectos de la Intervención Psicoanalítica.....	70
Análisis	73
Consideraciones Finales. La Construcción del Rol Del Psicólogo con Orientación Psicoanalítica en el Contexto Hospitalario: Una Posición Ética	78
Referencias.....	83
Anexos	90

Resumen

El presente trabajo de investigación responde a la pregunta ¿Cuál es la construcción del rol del psicólogo con orientación psicoanalítica en el contexto hospitalario? Para esto se exploraron, mediante entrevistas a profundidad, los aspectos subjetivos y contextuales de un grupo de psicólogos con formación psicoanalítica en torno a la construcción del rol, teniendo en cuenta su trabajo en hospitales, las demandas de la institución, las del paciente y la adopción ética y psicoanalítica en la que basan sus intervenciones. La ruta metodológica que guio la investigación fue la fenomenología hermenéutica, la cual se llevó a cabo por medio de dos entrevistas semiestructuradas realizadas a cinco psicólogos con orientación psicoanalítica que se han desempeñado en el contexto hospitalario. El desarrollo de los resultados está dividido en cinco capítulos, a saber: 1) A modo de antecedentes; 2) Construcción del rol: funciones y demandas; 3) Intervención psicoanalítica; 4) Sobre la eficacia; 5) Consideraciones finales.

Palabras clave: método psicoanalítico, clínica, orientación psicoanalítica en la psicología, psicoanálisis, psicología hospitalaria, construcción del rol, eficacia desde el psicoanálisis.

Abstract

This research work answers the question: What is the construction of the role of the psychoanalytically oriented psychologist in the hospitalary context? For this we explored, through in-depth interviews, the subjective and contextual aspects of a group of psychologists with psychoanalytic formation around role construction, taking into account their work in hospitals, the demands of the institution, those of the patient and the ethical and psychoanalytic perspective on which they base their interventions. The methodological route that guided the research was hermeneutic phenomenology, which was carried out through two semi-structured interviews made with five psychologists with psychoanalytic orientation that have performed in the hospital context. The development of the results is divided into five chapters, namely: 1) As a background; 2) Role construction: functions and demands; 3) Psychoanalytic intervention; 4) About effectiveness; 5) Final considerations.

Keywords: psychoanalytic method, clinic, psychoanalytic orientation in psychology, psychoanalysis, hospital psychology, role construction, effectiveness from psychoanalysis.

Introducción

Planteamiento del Problema

El psicólogo en el contexto hospitalario atiende las necesidades o dificultades afectivas de los pacientes que se encuentran hospitalizados y con la posibilidad de influir en su proceso de salud-enfermedad con base en métodos y técnicas psicológicas; también, en ocasiones, participa en procesos de investigación, actividades comunitarias y atención a las distintas unidades del hospital (Adis, 1984). En lo que corresponde a la atención primaria en salud -incluyendo el contexto hospitalario-, el rol del psicólogo se relaciona con una escucha diferenciada del sufrimiento del otro, que permita diseñar estrategias de intervención adecuadas; a su vez, está vinculada con la búsqueda de alivio del malestar, la reconstrucción de lazos sociales y la promoción de una transformación de los pacientes en pro de su salud (Parra, 2016).

La intervención psicológica dentro del contexto hospitalario podría clasificarse con base en 3 focos: la intervención en crisis, la educación en pro de la salud y la terapia de apoyo (Uribe et al., 2007). Por un lado, la intervención en crisis, que tiene lugar cuando el paciente se encuentra emocionalmente desbordado, busca revertir el malestar psicológico, explorar hipótesis o soluciones alternativas y promover recursos personales utilizados en acontecimientos disruptivos previos; lo anterior con el uso de escucha empática y validación emocional. En segundo lugar, la educación en pro de la salud pretende trabajar conjuntamente, por un lado, con la información proporcionada al paciente sobre su estado, pronóstico y posible tratamiento médico y, por otro lado, con las estrategias de afrontamiento con las que cuenta, con el fin de favorecer su proceso de asimilación y adherencia al tratamiento. Por último, la terapia de apoyo es una forma de tratamiento a corto plazo que tiene como objetivo disminuir el estrés psicológico del paciente y su familia al momento de enfrentar situaciones amenazantes.

Contreras y Palacios (2014) afirman que el psicólogo debe prevenir e identificar la sensación o sintomatología de estrés, desesperanza, agitación, ansiedad y depresión que deviene del contexto amenazante y disruptivo en el cual los pacientes se encuentran; a su vez, intenta reducir el posible impacto psicológico, promoviendo una correcta adaptación para estos y sus acompañantes. También continúa el acompañamiento tras el egreso con el fin de evitar sintomatología de estrés postraumático. En este sentido,

es importante que el psicólogo tenga la capacidad de llevar a cabo intervenciones en crisis, procesos de duelo anticipado, psicoeducación, técnicas de manejo del dolor, evaluación psicológica e intervención breves, manejo de situaciones familiares complicadas, comunicar malas noticias y en general contar con un buen repertorio de técnicas que le permitan llevar al paciente y a su familia a utilizar sus propios recursos para afrontar la situación de la mejor manera posible. (Contreras y Palacios, 2014, p. 54)

De hecho, tal como afirman Carapia-Sadurni et al. (2011), los niveles de ansiedad pre y postoperatoria suelen verse disminuidos cuando se realiza acompañamiento psicológico, aspecto que tiene consecuencias positivas a nivel fisiológico tales como reducir la inestabilidad cardiovascular. En esta medida, los autores concluyen que el rol de los psicólogos en estas situaciones se relaciona con la movilización de recursos emocionales, aclaración de miedos e imaginarios y la facilitación del proceso de adaptación. Asimismo, el estudio realizado por Dávila et al. (2012), encontró que los psicólogos son considerados aptos para escuchar y contener situaciones desbordantes de los pacientes, frente a las que los demás profesionales no tienen herramientas o disponibilidad para dar respuesta; de esta forma, su trabajo se circunscribe a la solicitud y pertinencia que estos le atribuyen a su trabajo, delimitando su campo de acción.

Con base en lo anterior, pese al reconocimiento de las funciones que desempeña el psicólogo hospitalario y su importancia, no se identifica una exploración ni reflexión de su rol, sino que hay una tendencia a enfocarse en diferentes aspectos del quehacer psicológico relacionadas a elementos específicos de este contexto. Además, existen investigaciones que pretenden dar cuenta de la percepción que diferentes profesionales de psicología y áreas afines tienen sobre el trabajo psicológico en hospitales; sin embargo, estas no dan cuenta de la construcción subjetiva del rol, desde los psicólogos mismos, en donde puedan aparecer las maneras particulares en las que los psicólogos hospitalarios pueden relacionarse con su quehacer y reconstruir las expectativas que se tienen sobre ellos.

Otra función que el personal de la salud relaciona con el quehacer psicológico es la regulación o transformación de la conducta, de esta forma, las intervenciones irían en vía a acentuar el discurso médico sobre aquellos comportamientos que los pacientes deberían asumir para garantizar los resultados o adherencia al tratamiento y evitar conductas o hábitos de riesgo (Sierra y Donker, 1992, como se citó en Buena-Casal, 2004). En este sentido, “la intervención

cognitivo conductual en los servicios de urgencias tiene un efecto aditivo ya que facilita la realización de procedimientos médicos cuando el paciente es renuente o presenta conductas ansiógenas” (García et al., 2010, p. 31); además, se reconocen técnicas como la reestructuración cognitiva para favorecer el reconocimiento de pensamientos disfuncionales que sean causa de malestar y la búsqueda de nuevas conductas y pensamientos que faciliten la adaptación al contexto hospitalario (Buela-Casal, 2004; Duque et al., 2005; García et al., 2010; Gómez, 2007; Villalpando et al., 2007). Así, se observa que las nociones y técnicas de intervención psicológica que cuentan con mayor aceptación y difusión son aquellas relacionadas con la corriente cognitivo-conductual, en tanto se les atribuye una mayor evidencia empírica y validez (Carapia-Sadurni, 2011). Esto implica que otras corrientes de la psicología sean poco abordadas en las discusiones sobre el rol del psicólogo dentro del contexto hospitalario, entre ellas la psicología de orientación psicoanalítica.

Se considera necesario, entonces, preguntarse por la construcción del rol del psicólogo en el contexto hospitalario desde una perspectiva que intente dar cuenta de la experiencia de los psicólogos. A su vez, debido al vacío documental predominante con relación al quehacer de los psicólogos con orientación psicoanalítica, la presente investigación busca indagar sobre el rol que se construye bajo esta perspectiva. De esta forma, la pregunta a la que se intentó dar respuesta a lo largo de este proceso investigativo fue: ¿Cuál es la construcción del rol del psicólogo de orientación psicoanalítica en el contexto hospitalario?

Objetivos

Objetivo General

Comprender el rol construido por el psicólogo de orientación psicoanalítica en el contexto hospitalario.

Objetivos Específicos

Identificar aspectos del contexto hospitalario que, según los entrevistados, influyen en la construcción del rol del psicólogo de orientación psicoanalítica.

Identificar aspectos subjetivos que influyen en la construcción del rol del psicólogo con orientación psicoanalítica.

Identificar de qué manera el psicólogo con orientación psicoanalítica se posiciona frente a las expectativas de la institución y los aspectos propios del contexto hospitalario.

Reconocer la contribución de la orientación psicoanalítica en la construcción del rol del psicólogo hospitalario.

Metodología

Enfoque Cualitativo

La metodología bajo la que se enmarcó la investigación fue cualitativa, en tanto corresponde con un instrumento analítico para quienes se preocupan por entender los significados que constituyen su objeto de estudio, buscando establecer y dilucidar las relaciones entre estos significados (Sánchez, 2005). Esta forma de investigación está basada en procedimientos que buscan la construcción y posterior interrelación de conceptos que permitan comprender y reducir la complejidad de la realidad (Krause, 1995). Ahora bien, esta realidad debe descubrirse, interpretarse y construirse, asumiendo también su relatividad, ya que, por un lado, está en constante variación, siendo susceptible de cambios, incluyendo los introducidos por el mismo investigador; y por otro, existe una constante interpenetración de realidades subjetivas que varían en cada individuo (Cueto, 2020; Hernández et al., 2014).

Consecuentemente, este modo de investigación se pregunta por la experiencia, percepciones y sentimientos de los participantes alrededor de una vivencia o acontecimiento, por lo cual se evita priorizar la perspectiva del investigador, sin obviar la influencia que este tiene en la recolección de datos (Balcázar et al., 2013). Así, el foco está puesto sobre casos individuales representativos por sus cualidades y no por su valor estadístico (Hernández et al., 2014; Krause, 1995); siendo de suma importancia la depuración de los prejuicios y predisposiciones de los investigadores debido a la interacción necesaria con los participantes (Ramírez et al., 2017).

Este enfoque fue útil para investigar la construcción del rol del psicólogo con orientación psicoanalítica en el contexto hospitalario pues se pretendió descubrir y construir una realidad que es dinámica y que se nutre de las características singulares de cada participante, mediante

conceptos analizados, interpretados y contrastados entre sí para una mejor aproximación a la mencionada realidad compleja y cambiante; así que, no se busca instaurar una única verdad o consolidar una creencia preestablecida; sino que, debido a que en la construcción del rol se pone en juego la subjetividad, el objetivo está puesto en la comprensión a profundidad de la experiencia y significados de los casos abordados, que constituyen una realidad compleja y extensa.

Fenomenología Hermenéutica

Se siguió la ruta metodológica de la fenomenología hermenéutica pues el foco de trabajo fueron las interpretaciones y percepciones de los entrevistados respecto a su experiencia como psicólogos en el contexto hospitalario con una orientación psicoanalítica. En ese sentido se propendió a la comprensión de los diversos significados que cada persona le otorgó al fenómeno, siendo necesaria una apertura a la intencionalidad y experiencia inmediata de los entrevistados (De castro et al., 2007), la cual debe estar fundamentada en el respeto por la relación que cada sujeto establece con sus propias vivencias y con los significados que le otorga.

Ahora bien, en la perspectiva hermenéutica se propone que las descripciones realizadas sobre un fenómeno serán resultado de la interpretación de quien lo vivencia, es decir, de cómo esta persona interactúa con los otros y consigo misma. Así, con esta metodología se busca conocer el mundo psíquico de los entrevistados con base en manifestaciones simbólicas — interpretaciones— que realizan, dilucidadas desde la lógica de quien responde, por lo que el investigador deberá analizar sus propias interpretaciones, hacer conscientes sus prejuicios y depurarse de posibles sesgos, para conseguirse una aproximación coherente al mundo de significados del otro.

De esta manera, no se pretendió una denegación o suspensión absoluta de la subjetividad del investigador, ya que este “trata de cuestionar sus interpretaciones en la relación con el coinvestigador, para clarificar cómo su involucramiento con y en la situación investigada orienta adecuadamente o no sus descripciones acerca del significado de la experiencia del coinvestigador” (De castro et al., 2007, p. 56-57). El material de análisis se fundamentó en la interpretación de los sujetos investigados de su experiencia, y en la clarificación de las

interpretaciones y formas en que los investigadores se involucraron con el fenómeno investigado; para hacer explícitas las estructuras implícitas.

Con base en lo anterior, la metodología fenomenológica hermenéutica resultó sumamente apropiada para los objetivos de la presente investigación, en tanto permitió una aproximación al mundo de significados que los psicólogos de orientación psicoanalítica le han otorgado a su quehacer en el contexto hospitalario, la manera en que se desempeñan, sus posturas teóricas, la forma en que interactúan con las especificidades del espacio, en últimas, la construcción del rol que han realizado en contrastación con los fundamentos epistemológicos de su disciplina, sus principios éticos y la práctica misma. A su vez, la atención a los posibles prejuicios fue coherente con la misma perspectiva psicoanalítica, de modo que el posicionamiento subjetivo frente al fenómeno investigado no sea un lastre inadvertido para la comprensión de este, sino una herramienta para profundizar más y convertirse en presupuesto, como diría Ramírez (2012).

Técnicas de Recolección

Para la recolección de información se implementó *la entrevista semiestructurada*, esta técnica tiene como base una conversación guiada por una serie de preguntas orientadoras establecidas previamente con base en la información que se considera importante indagar. Ahora bien, estas preguntas son flexibles e intercambiables, variando según las dinámicas de cada entrevistado y las significaciones que vayan surgiendo a lo largo de su discurso, sobre las cuales se hace necesario profundizar, por lo que la postura abierta del investigador y la creación de una atmósfera de confianza y confidencialidad son de suma importancia, en tanto permiten a las personas expresarse libremente (Tonon, 2009; Hernández et al., 2014).

Teniendo en cuenta lo anterior, el propósito es el encuentro con la subjetividad del entrevistado, es decir, con el conjunto de representaciones que atraviesan su historia y los acontecimientos que ha vivido; a su vez, la entrevista es una técnica que resulta útil para explorar la forma en que cada sujeto reconstruye las representaciones sociales mediante sus prácticas y formas de relacionamiento individuales (Tonon, 2009). En este sentido, esta herramienta se consideró útil para la presente investigación debido a que la construcción del rol se basa en una experiencia subjetiva cuya aproximación óptima sería mediante la exploración de los significados

y experiencias de cada psicólogo; a su vez, esta entrevista permitió explorar la manera como las perspectivas individuales interaccionan y son atravesadas por representaciones sociales.

Unidad de Análisis

Para realizar el análisis del rol del psicólogo hospitalario, se utilizó como material relatos de psicólogos que dieran cuenta de la experiencia a profundidad de la construcción del rol en este contexto y que tuvieran una orientación psicoanalítica. Como criterios de inclusión, debido a los objetivos de la investigación y las estrategias de recolección utilizadas, la muestra se obtuvo por conveniencia, no probabilística e intencional. Los criterios para la elección de los participantes fue que tuvieran como profesión la psicología, ser de orientación psicoanalítica y que trabajen o hayan trabajado como mínimo seis meses en el contexto hospitalario. Se seleccionaron cinco personas para ser partícipes de la investigación y a estas se le realizó dos entrevistas a profundidad.

Plan de Recolección de Información

La información fue recolectada en cuatro momentos: 1) se tuvo un encuentro inicial con cada participante para explicar el objetivo de la investigación y firmar el consentimiento informado en el cual se incluya la voluntariedad respecto a la grabación de las entrevistas. 2) se realizó la primera entrevista semiestructurada teniendo como base unas temáticas, pero dando paso al entrevistado a hablar ampliamente de su experiencia, indagando la relación o significación que otorga a lo relatado sobre la construcción del rol. Las temáticas que orientaron la indagación, además de lo que emergió para profundizar en el discurso de cada entrevistado fueron: La orientación psicoanalítica, la experiencia en el hospital, la construcción del rol (incluyendo las transformaciones en el tiempo), la interinfluencia de la orientación psicoanalítica y el trabajo clínico dentro del contexto hospitalario, la eficacia de la intervención psicoanalítica en el hospital y la relación del psicólogo de orientación psicoanalítica con la institución y demás profesionales. 3) Se realizó una segunda entrevista con temas no planteados y con dudas surgidas o deseos de profundizar en algún tema de la primera entrevista. También se dio un espacio para que el psicólogo expusiera si, a partir del primer encuentro, realizó nuevas reflexiones, si quería

profundizar en algo o añadir algún aporte a la información que ha sido recolectada. 4) Las entrevistas fueron transcritas y se llevó un registro escrito en el que los investigadores dieron cuenta de las impresiones, intuiciones y opiniones suscitadas.

Plan de Análisis de Información

Respecto al análisis de la información obtenida, en un primer momento se transcribieron las entrevistas, para posteriormente hacer una lectura comprensiva para explorar el sentido de cada una de ellas. De manera amplia, con base en la metodología a implementar, se llevó un proceso de análisis fundamentado en cuatro (4) partes: (1) En primer lugar se hizo lectura y relectura de las transcripciones de las entrevistas, para luego (2) delimitar unidades de sentido en el texto que se presentan de manera natural y apuntan a los objetivos de la investigación; posteriormente (3) se realizó una transformación de las unidades de sentido por medio de una subcategorización y categorización. (4) A medida que se realizaba el anterior proceso, se tuvieron en cuenta los comentarios, reacciones, interpretaciones o prejuicios que los investigadores tuvieron en cada unidad de análisis, aspecto que posibilitó el surgimiento de nuevas ideas, relaciones entre unidades de sentido o categorías (De castro et al., 2007; Manrique-Tisnés y De Castro, 2019).

Principios Éticos

Se tuvo en cuenta la resolución número 8430 de 1993 (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 1993) en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, haciendo especial énfasis en el capítulo uno que menciona los aspectos éticos de la investigación con seres humanos. Por ende, en esta investigación prevaleció el criterio de respeto a la dignidad de la persona, velando por su seguridad y protegiendo sus derechos.

También la ley 1090 de 2006 decretada por (Colombia. Congreso de la República, 2006), da lineamientos para esta investigación, en especial el capítulo VII: de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones. En este capítulo se menciona que el ejercicio investigativo se deberá basar en principios éticos de respeto y dignidad, salvaguardando el

bienestar y los derechos de los participantes, continuando así en la misma línea de la resolución que se abordó anteriormente. Además, con el fin de evitar distorsiones, usos inadecuados de los hallazgos o condiciones que limiten la objetividad, se evitará obedecer a intereses particulares.

Adicionalmente, la presente investigación estuvo atravesada por los siguientes principios éticos: todos los individuos serán tratados con respeto, es decir, serán asumidos como sujetos autónomos con capacidad para tomar decisiones sobre su propia vida; de esta manera, se dará atención y valoración a las consideraciones, perspectivas e historia de vida que cada entrevistado comparte (Belmont, 1979; Osorio, 2000). Por su parte, se consideraron los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, por lo que es posible afirmar que esta investigación no implicó riesgo para los participantes (Belmont, 1979; Emanuel, 2003).

Así mismo, la selección de los sujetos se realizó con base en el principio de justicia, es decir, por razones que estén directamente relacionadas con el problema a estudiar, y no porque sean más manipulables o pertenezcan a un grupo social concreto (Belmont, 1979). Finalmente, se realizó un consentimiento informado para asegurar que la participación en la investigación se basase en una decisión voluntaria y autónoma; también como herramienta que permitió revelar a los participantes la razón de la investigación, su finalidad, riesgos y beneficios presentes en el proceso investigativo (Emanuel, 2003).

Capítulos del Informe

Se expondrá en cinco capítulos lo realizado en el trabajo de grado, a saber: En el primer capítulo se ubican los antecedentes que se consideraron pertinentes para la investigación, estos se dividieron en los subtítulos: concepto de rol, psicología de la salud, psicología clínica, psicología hospitalaria y psicoanálisis y orientación psicoanalítica.

Los capítulos 2, 3 y 4 compendian las categorías obtenidas en los resultados, divididas por subcategorías. Al inicio de cada una habrá una frase representativa dicha por los entrevistados y al final un apartado donde se expondrá el análisis de la categoría. De manera más amplia, el segundo capítulo, Construcción del rol: funciones y demandas, se dividirá en: funciones establecidas en el contexto hospitalario y demandas de la institución, demandas del personal de la salud, demandas del paciente y demandas externas e intervención psicoanalítica: una conversación posible.

En el tercer capítulo, posición desde el psicoanálisis, se abordará el rol del psicólogo hospitalario desde la orientación psicoanalítica, dividiéndose en: intervención psicoanalítica, influencia de la teoría psicoanalítica, clínica psicoanalítica y singularidad y la formación del psicoanalítico. En el cuarto capítulo, sobre la eficacia, se encontrará lo relacionado con el concepto de la eficacia desde la mirada institucional y desde el psicoanálisis; se divide en: Ideal de eficacia, la eficacia desde una mirada psicoanalítica y los efectos de la intervención psicoanalítica. Finalmente, en el quinto capítulo estarán las conclusiones y consideraciones finales del trabajo, en las que se hará énfasis en la posición ética del rol ejercido dentro de la institución.

Se aclara que la noción de sujeto que se utilizará, hace referencia a un ser que, a pesar de compartir características con otros (por ejemplo, el lenguaje o la cultura), se constituye como diferenciado, una estructura singular, esto es, un conjunto de elementos articulados entre sí que conllevan significaciones y sentidos, cuyo proceso de estructuración es resultado de determinadas leyes o principios que pueden resumirse en cuatro ejes causales: biológico, discursivo (individual y grupal), ocasional y el libre albedrío (Ramírez, 2012). El sujeto puede ser individual (un ser humano singular); grupal (amigos, equipo de trabajo, grupo de estudio, familia); o colectivo (comunidad, barrio, ciudad, país). Estos tres están en constante interacción e interinfluencia (Manrique et al., 2016; Ramírez et al., 2017). Además, a lo largo del trabajo, se hará referencia a los entrevistados como psicoanalíticos, debido a que entre ellos había psicólogos que se nombraban psicoanalistas y otros de orientación psicoanalítica, pero lo común a estos era la aplicación del método psicoanalítico.

Capítulo Primero. A Modo de Antecedentes

Concepto de Rol

El rol es concebido como el conjunto de regularidades y pautas (modos de hacer y de ser) llevadas a cabo por personas que pertenecen a cierta posición dentro de un sistema social o institucional; estas regularidades se constituyen a partir de interacciones sociales concretas, donde las expectativas que los demás tienen representan un papel relevante, y pueden tener como objetivo el cumplimiento de metas específicas o realzar las formas de relación dadas entre los miembros del grupo y mantener su integración. (Canto, 2002; Harré y Lamb, 1992; Marín y Martínez-Pecino, 2012; Roda, 1999; Sánchez, 2014). Pueden existir roles formales, establecidos y explicitados previamente por el grupo o la organización, o informales, que emergen de las interacciones sociales (Canto, 2002; Roda, 1999; Sánchez, 2014). También pueden darse incongruencias entre las expectativas que subyacen al rol y las pautas de comportamiento de quien lo ocupa, por ejemplo, cuando existen pautas contradictorias o múltiples, o por una falta de motivación o habilidades para desempeñarlo.

Adicionalmente, Sánchez (2014) define dos elementos que constituyen este concepto: por un lado, están las expectativas que preceden al individuo que ocupa el rol, atribuyéndole de forma automática los aspectos asociados a su posición dentro de la estructura social, independiente de sus atributos reales; por otro lado, está la dimensión personal, en la cual se resaltan las características individuales en el desempeño del rol. Así, si bien el rol refiere a un conjunto de normas en un principio prescriptivas, dentro de su ejecución pueden existir variaciones en la forma en que los sujetos lo llevan a cabo, ya sea porque se presenta un conflicto o porque existe una paulatina transformación de las relaciones sociales que lo constituyen, como resultado de singularidades de quien lo ejerce.

Siguiendo lo anterior, desde el interaccionismo simbólico se propone que las normas y expectativas sociales no son suficientes para la construcción de roles, debido a que la interpretación singular que cada sujeto hace de estas es un elemento fundamental: “es imposible explicar su comportamiento a partir de las solas normas y roles socialmente definidos. Más bien, cada individuo interpreta y construye cognitivamente el mundo en torno y actúa en consecuencia con la definición que da de una determinada situación” (Carabaña y Lamo, 1978, p.

172); de esta manera, las conductas que delimitan un rol se construyen de manera recíproca para afrontar las nuevas situaciones y diversas interacciones que se dan dentro de un contexto concreto, siendo fundamental el consenso pero también la discrepancia, en tanto los roles están sujetos a la incertidumbre y la transformación.

En esta medida, si bien las normas y roles explican las acciones de los individuos dentro de contextos sociales, es necesario tener en cuenta el consenso de quienes interactúan, la manera en que estas normas son transmitidas y la interpretación que cada sujeto les otorga debido a sus características singulares y particulares (Carabaña y Lamo, 1978). Los grupos humanos son percibidos como un proceso social en constante devenir, bajo el cual los integrantes asumen un compromiso -en algunos casos explícito y en otros implícito- de ajustar de manera recíproca sus conductas con base en las diferentes situaciones contextuales y las diversas perspectivas que devienen de la subjetividad de cada uno.

Psicología de la Salud

La vinculación de la psicología al ámbito de la salud parte del estudio y tratamiento de las enfermedades mentales (perspectiva clínica) entre los años 60 y 70 (Díaz, 2010; Rodríguez-Marín, 1998). Por los avances en la medicina, se redujeron las enfermedades infecciosas y con ello hubo una mayor expectativa de vida, por lo que comenzaron a emerger las enfermedades crónicas como principales intervinientes en la morbilidad y mortalidad; aspecto que llevó a preguntarse por el origen de estas, encontrando una estrecha relación con comportamientos insalubres, peligrosos o descuidados. Por lo anterior, la psicología se interesó en este campo, que otrora hacía parte exclusiva del discurso médico y como consecuencia se da paso a la psicología de la salud con un enfoque clínico y social.

Posteriormente fue definida como un campo de actuación profesional que se pregunta por los aspectos cognitivos, emocionales, comportamentales y sociales del continuo salud-enfermedad, por los procesos psíquicos que tienen consecuencias fisiológicas y por las implicaciones psicológicas que pueden tener los problemas biológicos y las distintas formas de atención en salud. De esta manera, se construyen conocimientos sobre los procesos psicosociales que participan en el estado de salud, la condición de enfermedad y la recuperación, con el fin de cumplir funciones de investigación, promoción, prevención, tratamiento, mantenimiento de la

salud y adecuación de los servicios sanitarios a las necesidades de la población (Contreras et al., 2006; Díaz, 2010; Matarazzo, 1980, 1982; Morales, 1997; Piña y Rivera, 2006). Esta perspectiva se aproxima a la corriente crítica de psicología de la salud, la cual hace énfasis en los determinantes culturales, en las inequidades y desigualdades sociales injustas que afectan la salud de los individuos y las comunidades, cuestionando así el modelo médico clásico que adoptó la psicología de la salud tradicional (Mojica y Cadena, 2014; Samaja, 2007; Lopera, 2016).

El psicólogo en este campo ejerce su profesión en dos áreas, la atención primaria (promoción y prevención) y la atención secundaria, ejercida principalmente en hospitales y centros de rehabilitación (Díaz, 2010). Siguiendo con lo anterior, los psicólogos de la salud investigan cuatro focos de intervención: primero, las actitudes, comportamientos, estilos de vida que ayuden a promover y fortalecer la salud; segundo, los procesos psicológicos relacionados con la enfermedad para tratar y minimizar el riesgo; tercero, la educación y formación mediante campañas que lleguen adecuadamente a la sociedad; por último, el mejoramiento del sistema de atención sanitaria (Contreras et al., 2006; Labiano, 2009). En cuanto al tercer foco de intervención, es importante señalar que la información debe ir más allá del enfoque médico, integrando la perspectiva sociocultural del proceso salud-enfermedad, dándole importancia a los factores psicosociales y respondiendo a las nuevas formas de enfermar y a los nuevos dilemas que surgen en cada comunidad (Alarcón, 1999; Contreras et al., 2006). A su vez, se deben considerar los factores sociales que subyacen a la poca efectividad de las campañas, para así comprender por qué las personas siguen tomando decisiones que establecen o mantienen su estado de enfermedad (Díaz, 2010).

El Colegio Oficial de Psicólogos de España (1998) y García-López et al. (2008) denominan la psicología de la salud como una conjunción o confluencia entre medicina y psicología clínica. La vinculación que tuvo esta última con el campo de la salud en un principio se debió a la identificación de la relación existente entre aspectos psicológicos y problemas que antes eran exclusivos de la medicina (Vinaccia, 1989). La psicología clínica comenzó a realizar aportes significativos, proporcionando modelos conceptuales explicativos de estos trastornos y de factores psicológicos relacionados a las enfermedades físicas, generando, a su vez, estrategias para la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación (Core, 2013). Así pues, la psicología clínica es preexistente al modelo actual de la psicología de la salud, puesto que advirtió la importancia de la temática psicológica para el contexto médico y adoptó métodos importantes

para la psicología, como el método clínico, para el abordaje de problemas que se presentaban principalmente en el ámbito asistencial (Morales, 1997; Pérez 1991).

Psicología Hospitalaria

La psicología hospitalaria se enmarca en la psicología de la salud, siendo un espacio en el que se realizan actividades de prevención, promoción, diagnóstico e intervenciones de tipo individual, social y colectivo; además, existe el mismo interés por comprender y abordar la relación existente entre salud-enfermedad, tanto física como psicológica (Gómez, 2007; López y Villaverde, 2019). Ahora bien, dentro del contexto hospitalario surgen características que le son propias, implicando que sea un campo permeado por formas de proceder y perspectivas concretas (Duque et al., 2005). Más claramente, existen cuatro ámbitos sobre los cuales la atención es dirigida: (1) la persona que padece la enfermedad, (2) su familia, (3) el equipo de salud y (4) la institución prestadora del servicio (Gómez, 2007; López y Villaverde, 2019; Rodríguez, 2002).

(1) Respecto al paciente, existen múltiples retos a los cuales se ve confrontado dentro de un hospital que lo hacen más vulnerable y dificultan el despliegue de estrategias de afrontamiento eficaces, a saber: el ámbito físico implica percepciones sensoriales (olores, ruidos, etc.) y formas de interacción que pueden generar un impacto en las personas; hay un cambio en la rutina y en la intimidad, pues el espacio vital se vuelve constantemente “accesible” para el personal médico y acompañantes; existe también un lenguaje que suele ser extraño, aspecto relacionado con el desconocimiento que el paciente debe afrontar en diversas ocasiones sobre su propio estado de salud; asimismo, el rol que ocupa dentro de este contexto está permeado por distintos grados de dependencia, teniendo que obedecer al mandato médico y padeciendo muchas veces altos grados de dolor (Duque et al., 2005; López y Villaverde, 2019; Rodríguez, 2002). Lo anterior puede conllevar una transformación en su identidad, debido a que la forma de nombrarse es sustituida por identificadores estándar, a la vez que cuenta con poca autonomía y participación dentro de las decisiones tomadas sobre su proceso salud-enfermedad.

(2) Por otro lado, es de suma importancia el acompañamiento psicológico realizado a la familia y a los acompañantes debido a su significativa influencia en el proceso de adaptación del paciente a su estancia hospitalaria y afrontamiento de la enfermedad (Espinosa y Hernández, 2018). Así mismo, (3) es necesario considerar las condiciones de trabajo y posible desgaste

profesional de quienes allí ejercen, en tanto es un contexto que implica retos emocionales y físicos relacionados con el enfrentamiento constante del sufrimiento humano. Finalmente, (4) es imprescindible trabajar con la institución para el mejoramiento de la calidad de los servicios, teniendo en cuenta la importancia de la salud mental dentro del contexto hospitalario, tanto para las personas que conforman la organización como para quienes reciben los servicios médicos. (Duque et al., 2005; López y Villaverde, 2019).

A pesar de que la psicología dentro de los hospitales “en muchas ocasiones es una especialidad escasamente visible e identificada” (López y Villaverde, 2019, p. 7), adquiere plena vigencia debido a lo mencionado previamente y es cada vez más incluida dentro de las interacciones interdisciplinarias que se dan en este contexto (Diéguez, 1993). En esta medida, el psicólogo debe cumplir con diversas funciones alrededor de las mencionadas áreas, tales como: coordinación de actividades y asesoramiento encaminados a enfoques asistenciales o para el mejoramiento de la interacción entre profesionales; además, ayudar a la adaptación de los pacientes y sus familias al proceso de hospitalización, tanto en términos generales (enfocados al ambiente hospitalario), como específicos (dirigidos a objetivos y estresores concretos) (Rodríguez, 2002). Lo anterior se fundamenta en la correcta evaluación e interpretación de las condiciones concretas del medio de actuación y de las personas con quienes se interviene: “La aplicación del conocimiento científico no es incompatible con tener en cuenta que un hospital es, ante todo, un lugar de personas” (López et al. 2002, p. 42). Finalmente, también hacen parte del quehacer psicológico las funciones docentes e investigativas, de forma que se contribuya al conocimiento científico y a la formación profesional (Zas Ros, 2016).

Psicología Clínica

Existen distintas maneras de comprender la psicología clínica y sus orígenes, en el presente apartado se desarrollarán los dos enfoques más recurrentes dentro de la literatura: se comenzará abordando el modelo que hace énfasis en la relación entre la psicología clínica y lo patológico, para luego dar paso a la perspectiva que relaciona la clínica y sus inicios con el estudio y comprensión de lo singular. Es esta última perspectiva bajo la cual se adscribe la presente investigación.

La clínica estuvo vinculada a lo anormal, enfermo y alterado, creando un campo exclusivo de la psicopatología que tenía como objetivo su diagnóstico, etiología y tratamiento (psicoterapia) (Peláez, 2009, 2016; Rey y Guerrero-Rodríguez, 2012). Posteriormente, se ha definido como un área que se fundamenta en los conocimientos psicológicos generales, pero enfoca su interés en la conducta anormal o enfermedad -entendida como trastorno, problema, anomalía, dificultad- (Ardila, 2014; Peláez, 2009; Rey y Guerrero-Rodríguez, 2012). A esta definición se agrega la preocupación por un sujeto sufriente, que es objeto de su estudio, y la búsqueda de promover en este la adaptación, ajuste y desarrollo personal (Cullari, 2001; Peláez, 2009). Algo a tener en cuenta es que la corriente o referente teórico en la que se ubica el psicólogo generará variaciones en su forma de proceder debido a que definirá el método con base a la comprensión específica que realice del sujeto y la forma particular de intervención (Ardila 2014; Peláez 2016).

Foucault (2001) propone que la clínica ha estado presente desde los inicios mismos de la humanidad, en tanto ha existido siempre una relación directa entre el sufrimiento y aquello que proveía su alivio, fundamentada en la naturaleza misma del enfermo, su instinto y sensibilidad, más que en un conjunto de saberes constituidos. A su vez, la etimología de la palabra proviene del griego *kliné* que refiere a atender, asistir, curar, cuidar, inclinarse al enfermo en su lecho; por otro lado, también se encuentra en la literatura referencias a una acepción religiosa antigua del concepto de clínica, asociada a una práctica cristiana llamada “bautismo clínico”, que permitiría una purificación del alma para lograr la salvación (Ramírez et al, 2017; Manrique et al., 2016). Ahora bien, en la historia de la filosofía la noción de salvación no solamente se ha asociado a creencias religiosas; también hace referencia a la salud, la cual es entendida por Lopera (2016) como una transformación del alma que da paso al despliegue del armónico del ser y de las propias facultades; concepción que retoma la etimología de la palabra salud y salvación, relacionadas con *salvus* (Corominas, 2006).

Continuando con la filosofía antigua, esta se caracterizaba por la búsqueda de la sabiduría a través de la propia transformación; aspecto estrechamente relacionado con la *epimeleia heautou*, expresión griega que es traducida por Foucault como inquietud o cuidado de sí (prestarse atención, cuidarse, atenderse, inquietarse por sí mismo), la cual refiere a un proceso de vuelta sobre el propio ser con el propósito de establecerse como sujeto de sus acciones y decisiones; esto precisa de una relación particular con los placeres y un acceso a la propia verdad

que dan paso a una transformación subjetiva y a una consideración y cuidado por los otros (Foucault, 1993, como se citó en Lopera, 2017).

Así, la clínica desde sus raíces etimológicas y desde su relación con la filosofía, ha estado atravesada por la noción de cuidado de sí, que inevitablemente implica un cuidado a los otros, apareciendo entonces la cura no como la búsqueda de eliminación de una enfermedad o la conquista de la salud “completa”, sino como una práctica de cuidado que posibilita la responsabilización y toma de conciencia de los propios actos junto con la exploración de las capacidades y potencialidades de cada uno. Lo anterior se hace posible y se materializa en un modo de vida, una forma de relacionarse consigo mismo y con el mundo que hace referencia a un camino, un proceso, un método.

Lo anterior da paso, a otra manera de enfocar la psicología clínica, haciendo énfasis en el estudio y comprensión de lo individual. Pasternac (1982) presenta estas definiciones:

Paul Fraise encuentra en la psicología clínica una disciplina "orientada" hacia la comprensión del individuo en su totalidad, actitud teórica y práctica que es, con frecuencia, la del psicólogo práctico que necesita conocer las grandes líneas de fuerza de una personalidad y aprehender ésta en su conjunto para llegar a un consejo". Henri Piéron define a su vez "la psicología clínica como la ciencia [*sic*] de la conducta humana basada principalmente en la observación y en el análisis profundo de los casos individuales". Dejando de lado el uso discutible de la palabra ciencia, queda bien claro el sentido de lo clínico y su caracterización como observación de lo individual. J. Favez Boutonier resume las conclusiones de todo un grupo de clínicos franceses diciendo que "la psicología clínica es el estudio del individuo en situación y en evolución". (p. 148)

Continuando con estas definiciones, Bernstein y Nietzel (1982) hacen referencia a un aspecto característico: la actitud o percepción clínica, la cual sitúa su ejercicio en un nivel ideográfico, permitiendo flexibilidad frente a los conocimientos teóricos y siendo diferente la manera de evaluar a cada persona. En la misma línea, Manrique et al. (2016) mencionan a un sujeto al que se estudia e interviene, tomándolo como un caso en extensión y profundidad; a su vez, retoman el término de clínica psicológica, en lugar de psicología clínica, para hacer énfasis en la clínica como un saber hacer o un método y no como un campo de intervención sobre la patología. En adición, el método clínico busca estudiar el fenómeno en su ambiente natural,

teniendo en cuenta el mayor número de variables; además, ese saber-hacer es tomado como camino o modo de proceder que puede aplicarse a diferentes disciplinas, contextos y campos de intervención, siendo su marca distintiva el interés por lo singular.

Con método no se alude a un algoritmo o pasos a seguir, -que también podría ser comprendido de esta manera-, sino como modo de vida o actitud; el cual puede utilizarse para fines de tratamiento (aplicación) o de investigación (teorización), aunque es evidente que se encuentran intrínsecamente relacionados. Manrique et al. (2016) dirán respecto al tratamiento que “lo fundamental es la capacidad que tiene el clínico de actuar con base en su *intuición*, a partir de la lectura de indicios” (p. 55) y de la posición de docta ignorancia que permite la emergencia de intuiciones; a su vez, el clínico pretende generar una transformación en la realidad posibilitando el despliegue del saber del sujeto con quien se interviene. El trabajo del clínico, desde esta perspectiva, se subdivide en cuatro procesos, que no son necesariamente lineales:

(1) *Escuchar* es el proceso que parte de inquirir, evaluar, escudriñar o examinar a través de la observación o la escucha de algo, para conocer acerca de sus características, cualidades o circunstancias; pero en este caso se ubica en un contexto analítico debido a que se pone el énfasis en la palabra, o como dice Ramírez (2012), “escuchar es *abrirse* a un discurso, (...) es permitir que la palabra del otro nos penetre para que así podamos capturarla en su lógica interna (*entender*) (...) hasta llegar a la *comprensión*” (p. 83). En este mismo sentido, Manrique et al. (2016) mencionan que la escucha clínica “es una escucha de *indicios* discursivos” (p. 58), entendiendo los indicios como el efecto o resultado de un proceso más complejo que se expresa por medio de señales, rastros, huellas, vestigios; y en el caso del psicoanálisis, mediante actos fallidos, acciones casuales y sintomáticas, sueños, síntomas.

(2) *Formalizar* es un proceso que incluye diagnosticar o clasificar, pero que va más allá porque no pretende etiquetar, sino buscar relaciones y regularidades entre los elementos encontrados para describir y develar una estructura que les dé sentido, además de darle forma simbólica a estos, buscando conceptualizaciones que posteriormente serán sometidas a contrastación.

(3) *Conjeturar* es un grado superior a la formalización, puesto que, a través de los indicios y observaciones recolectadas, su interpretación y análisis, se busca formar un juicio sobre un caso, llevando a conjeturar sobre su devenir (lo ya ocurrido, su estado actual y su futuro). Además, como mencionan Ramírez et al. (2017), para que esta conjetura tenga validez debe ser

sometida al criterio de consistencia (coherencia y no contradicción con el discurso del sujeto) y de eficacia (producir los efectos esperados).

Por último, el cuarto proceso de la aplicación es (4) *intervenir*, siendo una manera de tratar, en donde se inter-viene, se media o se toma parte, por ejemplo, entre un sujeto y su enfermedad; en este se busca el desarrollo humano al propender por el cuidado del otro, siendo una forma de contrastación pues se pone en diálogo la teoría y la práctica.

Por otra parte, frente a la teorización -el segundo momento del método clínico-, Ramírez (2012) plantea que consiste en *formalizar* la propia experiencia, lo que es sumamente importante para “Poder dar cuenta de su práctica a sus colegas, simbolizarla y participar en la construcción de teorías que ayuden a la obra común” (p. 198). Lo anterior puede dar paso a *explicar*, es decir, exponer la manera en que un caso (individual o plural) fue conceptualizado e intervenido, evaluando el proceso anterior (la aplicación) y los efectos que se produjeron, con el fin de formalizar la experiencia del clínico para el conocimiento de sí y de una comunidad, ya sea científica o de otra índole, estando la primera atravesada por la intersubjetividad, la crítica y contrastación para el avance de la ciencia (Manrique et al., 2016).

Orientación Psicoanalítica

La orientación psicoanalítica dentro de la psicología se puede entender como “la *aplicación del psicoanálisis en los campos de la práctica psicológica*” (Ramírez et al., 2015, p. 265), incluyendo la psicología de la salud y hospitalaria. Esta definición, si bien sucinta, plantea una premisa fundamental: para comprender la psicología de orientación psicoanalítica se hace necesario el abordaje del psicoanálisis, en tanto la psicología se plantea aquí como un posible lugar -entre otros- en que la orientación psicoanalítica puede fundamentar el quehacer. Es posible identificar diversas perspectivas en las que se intenta esclarecer la orientación psicoanalítica; en el presente trabajo se agruparon en tres modelos, los cuales se enfocan en elementos diferentes y enriquecen la comprensión del mencionado concepto.

(1) El primer enfoque propone que dentro de la orientación psicoanalítica se recogen teorías y perspectivas clínicas sumamente variadas que resultan, como consecuencia lógica, de la vastedad y diversidad de los postulados freudianos, por lo que intentar encontrar sus puntos en común dentro de aspectos teóricos resulta una tarea difícil (Bernstein y Nietzel, 1982; Bleichmar

y Leiberman, 1989). En este sentido, tal como afirman Bleichmar y Leiberman (1989) “Los conocimientos psicoanalíticos no forman un todo unificado sino un conjunto de teorías y afirmaciones que tienen distinto nivel” (p. 27), y esta proliferación epistemológica, si bien complejiza el panorama, también lo enriquece. Así, siguiendo a los mencionados autores, las ideas de Freud han sido susceptibles de críticas y modificaciones a lo largo de los años, dando paso a tres caminos posibles que atraviesan -en distintos grados- las diversas corrientes psicoanalíticas (de las que la psicología se puede servir): en primer lugar se encuentran las ideas freudianas que permanecen sin grandes modificaciones y atraviesan la orientación psicoanalítica, entre las cuales resalta la transferencia, la sexualidad infantil, el complejo de Edipo, la represión, el inconsciente, entre otras; por otro lado, muchas otras ideas fueron reelaboradas, de manera que términos usados por Freud fueron despojados de su sentido inicial para dar paso a otras significaciones que tienden a variar dentro de las diferentes corrientes psicoanalíticas; y, por último, algunas ideas del psicoanálisis clásico fueron revisadas por algunos autores y en muchos casos se prescinde de ellas.

(2) La segunda perspectiva propone que la orientación se fundamenta en la aplicación del método psicoanalítico, lo cual para algunos autores significa unívocamente la implementación del método -o más bien, metodología- en el dispositivo freudiano, siendo su único campo de aplicación posible. El mencionado dispositivo se entiende como una herramienta metodológica que permite el análisis de los consultantes en tanto reduce la resistencia y la censura del yo (Ramírez et al., 2015). En este sentido, a pesar de la multiplicidad de teorías, es posible delimitar un aspecto común: la aplicación del método psicoanalítico al dispositivo freudiano por medio de la interpretación, el análisis de la transferencia y la neutralidad técnica (Kernberg, 2001).

Esta propuesta equipara el método psicoanalítico con el dispositivo freudiano, excluyendo otros contextos de aplicación, por ejemplo, el hospitalario, a la vez que niega la posibilidad de que la psicología se nutra de dicho método. Lo anterior puede dar paso al distanciamiento entre el psicoanálisis y otras formas de saber y dificultar su aplicación en contextos diferentes al consultorio clínico particular:

lo que lleva a confusión -y, por consiguiente, restringe las posibilidades de ampliación del psicoanálisis- es considerar que esta forma particular de aplicación del método

psicoanalítico [el dispositivo freudiano] así sea la óptima, es *la* manera y no *una* manera mediante la cual dicho método puede ser puesto en práctica. (Ramírez et al., 2015, p. 241)

Ambos modelos propuestos se oponen o parcializan la definición de Freud (1984/1923), en la cual se entiende al psicoanálisis como un método de investigación sobre el inconsciente, un método terapéutico que se basa en la mencionada indagación y un conjunto de conocimientos que van constituyendo la psicología de lo profundo. Así, la equiparación del dispositivo freudiano a la orientación psicoanalítica, o la reducción del psicoanálisis al conjunto de conocimientos sobre el psiquismo, no resultan ser definiciones que den cuenta de la vastedad subyacente a la orientación psicoanalítica, relegando así el método a una forma de proceder, en últimas, a una técnica, o a un conjunto de conocimientos -siempre provisionales-.

(3) En respuesta a lo anterior, se propone una tercera forma de comprender la orientación psicoanalítica, bajo la cual se inscribe la presente investigación. En esta perspectiva, Ramírez et al. (2015), proponen que la psicología de orientación psicoanalítica hace referencia a la aplicación del método psicoanalítico -que no es equivalente al dispositivo freudiano- en diferentes contextos, y cuya apropiación puede devenir en una incorporación que lo convierta en una forma de proceder y dirigirse frente a la vida.

Ampliando lo anterior, Ramírez (2011) plantea que con orientación se busca privilegiar, la actitud, el método; de esta forma, hace énfasis en la aplicación del método como aspecto constituyente de la orientación psicoanalítica. Sin embargo, este también va a permear la construcción de teorías e investigaciones, las cuales no se dejan de lado, sino que son asumidas con una actitud flexible bajo la cual puedan ser aplicadas o suspendidas según la validez que tengan en la situación y contexto, dando paso así a la *docta ignorancia*. Así, Ramírez (2012) define el método psicoanalítico como “la contrastación dialéctica entre la teoría (discurso) y la práctica (experiencia), mediante el análisis del discurso, a partir de la escucha de las formaciones de lo inconsciente” (p. 100).

Ahora bien, se hace necesario descomponer esta definición, resaltando tres elementos que la constituyen: Con contrastación dialéctica el autor refiere a la modificación recíproca, crítica y constante que existe, a forma de interpenetración, entre el discurso y la experiencia, correspondiente con la concepción de *método científico*, el cual puede ser aplicado también al ámbito singular y subjetivo. A su vez, con “análisis del discurso” se hace referencia a la aplicación del método analítico a un *discurso*, es decir, a la “*expresión de una estructura*

subjetiva” (Lopera et al., 2017, p. 10) que se presenta en forma de costumbres, hábitos, dichos, formas de ser, producciones artísticas y, fundamentalmente, a través de la verbalización hablada o escrita; por su parte, *el método analítico* se compone de 4 subprocesos: entender, criticar, contrastar e incorporar, que se resumen en “una crítica rigurosa, basada en la intelección de su lógica [entender], en su comparación interna (consigo mismo) y externa (con otros discursos) [criticar], y en la contrastación con la experiencia [contrastar], para culminar en la *incorporación* del método [incorporar]” (Ramírez, 2012, p. 100). Por último, es *psicoanalítico* en tanto existe gran apertura a los procesos inconscientes que permean constantemente la cotidianidad, el saber y las expresiones subjetivas de los sujetos (individuales, grupales o colectivos), aspecto que permite su análisis profundo para lograr intervenciones rigurosas.

Así entonces, la orientación psicoanalítica, más que un conjunto de teorías es asumida como una actitud, un camino, una forma de proceder que puede ser aplicada en contextos variados -como el hospitalario- y en forma de diferentes dispositivos, entre los cuales se resaltan aquí la psicoterapia ascética y sintomal. Siguiendo a Lopera (2017), en la psicoterapia ascética se busca una transformación subjetiva profunda, en la cual se analiza la actitud y forma de vivir, teniendo como objetivo que el sujeto despliegue sus propias potencialidades mediante el constante cuidado de sí.

La psicoterapia sintomal surge como respuesta a la creciente demanda de asistencia psicológica dentro de las instituciones públicas -tales como los hospitales-, las cuales se caracterizan por limitaciones de tiempo y espacio, y donde aparecen otras dimensiones del sufrimiento y la urgencia. Esta se lleva a cabo mediante un trabajo focalizado que permita el abordaje de síntomas, conflictos y aspectos precisos de la vida de los pacientes, que no implica dejar por fuera lo estructural (general), ya que se tiene en cuenta implícitamente. Por tanto, tiene el objetivo de realizar cambios psíquicos significativos que le permita a los sujetos una relación distinta con su problemática, sin negar la posibilidad de una transformación subjetiva que no se había previsto antes (Blum et al. 2020; Braier, 1999; Fiorini, 1977; Lopera, 2017; Miari y Fazio, 2017; Ramírez, 2012). Dentro de este marco se encuentran la psicoterapia de apoyo, breve o focal, psicoterapia institucional y consultoría psicoanalítica (Lopera, 2017).

Capítulo Segundo. Construcción del Rol: Funciones y Demandas

“El rol no es un asunto que esté quieto, es algo que todos los días se construye”
(Entrevistado, comunicación personal, 2023)

A partir de las entrevistas fue posible concluir que los elementos asociados al rol del psicólogo en la institución hospitalaria tienen gran variabilidad, debido a que resultan de la relación entre las funciones preestablecidas por el hospital, las demandas del contexto y la posición que va asumiendo el psicólogo frente a estas variables teniendo en cuenta su subjetividad. En esta categoría, los resultados se encontrarán divididos en cuatro segmentos: 1) Se partirá de las funciones que están preestablecidas en el contexto hospitalario para el lugar del psicólogo y las demandas que la institución realiza, todo desde el punto de vista de los entrevistados. 2) Luego, se expondrán las demandas que el personal de la salud realiza y de dónde surgen estas demandas. 3) Posteriormente, se pasará a las demandas que se relacionan con el paciente explorando los surgimientos de esta. 4) Por último, se indagará en las posibilidades de diálogo y la construcción conjunta entre las demandas externas provenientes de otros profesionales de la salud o de la institución hospitalaria, y las intervenciones y perspectivas psicoanalíticas.

Funciones Establecidas en el Contexto Hospitalario y Demandas de la Institución

“Brindar acompañamiento al paciente y su familia en su paso por el hospital”
(Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Entre las funciones relacionadas con el trabajo del psicólogo en el contexto hospitalario, se encontró como principal la atención de interconsultas en los distintos espacios del hospital (cuidado paliativo, oncología, manejo de dolor, UCI, unidad de trasplantes, entre otros). Esta atención consiste en llevar a cabo intervenciones como la psicoeducación; la mediación en la relación médico-paciente, médico-acompañantes o paciente-acompañantes; la realización de evaluaciones diagnósticas; la entrega de malas noticias; el acompañamiento en la estancia en el hospital, tanto en los procesos médicos como en el curso final de la vida. También las funciones se relacionan con la atención al personal asistencial que trabaja en el hospital frente a emociones

o eventos que ocurren dentro y fuera de este, los cuales pueden afectar su desempeño laboral y, por último, la participación en espacios grupales, haciendo parte de equipos interdisciplinarios.

En particular, se resaltó el acompañamiento al paciente y sus familiares o cuidadores, desde el momento que ingresan, acogiendo las distintas emociones que subyacen a su estancia hospitalaria (miedo, alegría, tristeza), hasta el momento en que esta finaliza, ya sea por fallecimiento o por alta hospitalaria. También se destacó la intervención con los pacientes en los momentos que se encuentran desorientados y al comunicarles un diagnóstico complejo.

En relación con las demandas que hace la institución, un elemento fundamental es que el hospital lleva a cabo contrataciones a psicólogos, no a psicoanalistas, aspecto que, según los entrevistados, tiene influencias significativas en las expectativas frente al rol que se va a ejercer y lo que otros profesionales esperan. Además, existen exigencias legales y protocolarias que requieren la aparición y actuación del psicólogo en ciertos contextos, por ejemplo, el psicólogo debe estar presente en intervenciones de alto riesgo, realizar valoraciones en casos de intento suicida, momentos de crisis o como condición previa a algunos procedimientos, por ejemplo, trasplantes, cirugías estéticas, entre otras; con el objetivo de realizar “un *check list* de si es apto, si hay contraindicaciones, consume sustancias, hay psicopatología de base que pueda complicar” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). Los entrevistados consideran que el hospital se encuentra permeado por el discurso de la medicina contemporánea y por tal razón predominan formas de proceder en las que los prestadores de servicios de salud (médicos, enfermeras, psicólogos, entre otros) mantienen una posición de saber, dejando al paciente en una posición pasiva de recibir y realizar lo que se le recomiende. La consecuencia de esto es una inclinación por privilegiar ciertas corrientes psicológicas que van en línea con este discurso, dejando por fuera –total o parcialmente- otras propuestas, como el psicoanálisis. Así mismo, concuerdan en que, al estar permeados por el discurso científico, los pedidos suelen estar orientados a lo universalizable y verificable, buscando estandarizar, por medio de protocolos, aquello que “sirvió” para un paciente con otros que tengan condiciones similares.

Por el lado de la eficacia (un concepto que se profundizará posteriormente), para los entrevistados, la institución espera que “transformemos a la persona lo más rápido y fácil posible, con las menores afectaciones” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), pidiendo productividad en términos de rapidez, hacer uso más efectivo de los recursos, atender cierta

cantidad de pacientes al día con cierto límite de tiempo, disminuir el número de intervenciones y estandarizar las historias clínicas y atenciones por medio de protocolos.

Demandas del Personal de la Salud

“Cuando surge el sujeto de la enfermedad o el paciente hace obstáculo, se llama al psicólogo” (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Las demandas que el personal de la salud realiza suelen surgir cuando, en palabras de algunos entrevistados, “el paciente se sale de los protocolos o de las guías” (Entrevistado, comunicación personal, 2023) , es decir, en los momentos en que las reacciones o respuestas de los pacientes no necesariamente cumplen con las expectativas del personal de la salud; por ejemplo, los casos en que biológicamente se espera cierta recuperación que no se logra, cuando no hay adherencia al tratamiento, el paciente se opone a los procedimientos, o cuando la patología no puede ser explicada en términos fisiológicos. Lo anterior, genera angustia y preguntas en el personal médico en tanto puede ser confrontado con los límites del saber de la medicina; aparece un sentimiento de “haber hecho todo lo que se podía hacer” (Entrevistado, comunicación personal, 2023); en palabras de uno de los entrevistados, hay un problema para el personal asistencial “cuando surge el sujeto de la enfermedad y tropieza con los ideales de lo que debería ser” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

El saber del médico se relaciona con una verdad que es de orden orgánico, por lo cual, la aparición del sujeto que sufre puede generar incertidumbre sobre su abordaje y por ello se recurre al psicólogo, “es imposible reducir la enfermedad como ente, como el organismo enfermo, porque ese organismo está habitado por un sujeto” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). Así mismo, después de haber explicado los procedimientos, tratamientos, beneficios y consecuencias de seguir (o no) las indicaciones o realizarse ciertos procedimientos, el sujeto puede aparecer como un obstáculo para la intervención y propósitos médicos, en tanto toma decisiones contrarias a los ideales de salud o de curación, por ejemplo, al no adherirse al tratamiento o continuar con hábitos perjudiciales. Surgen entonces interrogantes como “¿Por qué alguien le apostaría a la muerte, si le estoy ofreciendo la posibilidad de vivir?” o “¿Por qué cuando un paciente tiene todas las condiciones orgánicas para responder bien a un procedimiento, finalmente se complica?” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

El pedido también se origina cuando se observan cambios en el estado emocional del paciente (ansioso, triste, agitado, llanto constante) o cuando los medicamentos para el dolor no tienen el efecto esperado, por lo tanto, se busca que el psicólogo enseñe estrategias o técnicas para el manejo del dolor o para la regulación emocional. Además, aparecen demandas relacionadas con convencer o disuadir a los pacientes de tomar ciertas decisiones: “realice entrevista motivacional para que mejore sus hábitos”, “infórmele por qué es importante aceptar el tratamiento y que se adapte al diagnóstico” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). Esto sugiere una pretensión de “normalizar al paciente” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), con la cual se espera que las intervenciones del psicólogo estén direccionadas a que los sujetos encajen en ciertos modelos.

En relación con los acompañantes se pide ser mediador en la entrega de información y en posibles conflictos entre ellos y los pacientes. A su vez, se pide intervenir en los momentos en que el círculo familiar no está siendo un buen apoyo para el proceso médico o porque se encuentran angustiados por la condición del paciente.

Demandas del Paciente

“Cuando se acompaña a un paciente, la demanda suele venir de un tercero, y a veces eso complica la atención porque puede no haber disposición para hablar” (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Los entrevistados coinciden en que generalmente la demanda de acompañamiento psicológico no surge del lado del paciente, es decir, suele ser sugerida por un otro externo. Las posibilidades de intervención estarán supeditas a la posición de cada paciente, si existe un deseo de saber sobre sí o aparece la respuesta de “no quiero hablar, no quiero opinar...” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). En los momentos en que hay un pedido por parte del paciente, suele deberse a que quiere hablar porque se encuentra triste o angustiado por su enfermedad, su situación en el hospital o por algo externo a esta. En esta demanda, frecuentemente se pone en un lugar de saber al psicólogo similar al del médico, esperando que tenga respuestas o recete fórmulas para su malestar sin tener que implicarse como responsable. Así mismo, esa demanda puede ser dirigida a reafirmar su posición de enfermo para mantener las ganancias que obtiene de esa condición.

Demandas Externas e Intervención Psicoanalítica: Una Conversación Posible

“La sociedad ha ido encontrando maneras de legitimar que la decisión sobre la vida es del resorte del sujeto y no de un ser externo, superior” (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Tal como se presentó en el apartado anterior, existen múltiples demandas hacia el psicólogo hospitalario que provienen de la institución, el equipo de profesionales o los pacientes. Sin embargo, siguiendo lo expresado por los entrevistados, el rol del psicólogo no está supeditado exclusivamente al cumplimiento de tales expectativas. Es posible construir puentes de comunicación donde las demandas sean atendidas, sin dejar de habitar la postura ética y metodológica que subyace a la orientación psicoanalítica. Lo anterior crea puntos de encuentro y transformaciones contextuales en donde las demandas médicas e institucionales comienzan a tener en cuenta la subjetividad que habita al cuerpo y la enfermedad en cada paciente.

Con relación al pedido: “ir a convencer al paciente” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), ya sea para realizarse un procedimiento, dejar o comenzar algún hábito o adherirse al tratamiento, si bien los entrevistados reconocen las implicaciones que tales decisiones tienen para el proceso de mejoramiento de los pacientes, desde la posición del psicoanálisis las demandas son interrogadas, debido a que no se pretende convencer al otro de lo que es “mejor” para él. Se busca escuchar al paciente y las razones que tiene para tomar sus decisiones, que a veces responden a imaginarios culturales, por ejemplo, mitos sobre ciertos tratamientos, y otras que resultan de una posición estructural frente a la vida. En esa medida, el propósito de estas intervenciones es explorar, mediante recursos simbólicos, la manera cómo se ha relacionado el paciente con su enfermedad y acompañarlo en la construcción de decisiones conscientes sobre su proceso médico que vayan en vía de su propia lógica,

yo creo que el psicoanálisis da esa posición: que si a mí me están diciendo que un paciente no se quiere dejar entubar o no se quiere dejar amputar y la pretensión que hay desde el ideal de salud es que consienta eso... poder responder desde otra mirada, desde la ética del sujeto, de su deseo, de su particularidad, poderle dar un lugar a esto, así no vaya en vía a esos ideales. (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

La apuesta de intervención consiste en “ir más allá” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), es decir, se tienen en cuenta el motivo de interconsulta y las preguntas necesarias para el diligenciamiento de la historia clínica (consumo de sustancias, edad, lugar de residencia, red de apoyo, enfermedades previas, entre otras), pero el psicólogo de orientación psicoanalítica puede advertir que es necesario explorar otros aspectos subjetivos, disponer una escucha diferente, dar lugar a la singularidad de cada caso, permitir que el paciente realice construcciones simbólicas y movilizaciones psíquicas, en últimas, “al responder a las demandas, lo más importante es permitirle al paciente otras cosas, no obturar su deseo de saber” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). Así, una concordancia entre los entrevistados fue reconocer algunas demandas del personal médico como útiles y necesarias, por ejemplo, aquellas relacionadas con la psicoeducación son importantes en tanto muchas personas no tienen formación en salud, no comprenden el funcionamiento de su enfermedad o las razones por las que deben cuidarse de cierta forma. Ahora bien, también coinciden en que estas intervenciones no son suficientes:

habrá que ver en el uno por uno cuál es su relación con la dieta, con los factores de riesgo, porque eso a veces está muy amarrado a modalidades de goce o está ligado con ciertas cosas históricas de la subjetividad de esa persona. (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

A su vez, será necesario tener en cuenta el impacto de esa subjetividad en las manifestaciones biológicas del cuerpo, advertir cómo ciertas construcciones simbólicas, estados anímicos y vínculos afectivos pueden afectar los resultados de un tratamiento o intervención médica.

Las demandas institucionales son atendidas en la medida en que los entrevistados reconocen su relación con lógicas contextuales que no pueden ser ignoradas -por ejemplo, el marco legal que atraviesa los servicios de salud-. Sin embargo, los entrevistados construyen formas de realizar tales procedimientos administrativos sin dejar de lado la escucha del paciente y la atención a su subjetividad. Un ejemplo de esto es la realización de historias clínicas que requieren el registro de alguna impresión diagnóstica: para muchos de los entrevistados, la

contracara de esto es un intento de homogeneización y patologización de la experiencia subjetiva del paciente, que además está atravesado por múltiples circunstancias adversas. La conclusión a la que llegaron fue diligenciar tales formatos sin utilizar diagnósticos que encasillen a los pacientes y que no problematicen sus circunstancias.

yo traduzco lo que pasó ahí en las formas que el otro institucional me pide. Pero eso no coarta en todo, pone límites, pero no coarta lo que sucede en la relación de mi escucha con ese paciente, lo que pasa en la intimidad del cubículo, consultorio, camilla... donde yo tenga el encuentro con el paciente en el hospital, eso es lo más importante. (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Existen, además, otras lógicas que atraviesan la institución hospitalaria frente a las cuales, siguiendo lo expresado por los entrevistados, la posición psicoanalítica se resiste. Por ejemplo, varios entrevistados concordaron en el carácter cientificista que subyace al discurso médico actual, bajo el cual se pide estandarizar a los pacientes y a las intervenciones realizadas con ellos, de manera que la interacción sea traducida en términos de “recetas” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), que se utilicen guías de intervención cuyo objetivo es delimitar el paso a paso de cada encuentro y que los resultados sean garantizados en la menor cantidad de tiempo. Ahora bien, también en ese punto es posible construir espacios dentro del hospital permeados por posturas que priorizan la singularidad e intimidad del encuentro con los pacientes y no se rigen bajo la lógica de “exactitud”, “eso hace que nosotros tengamos que ser mucho más cautelosos, prudentes, pero eso no implica que no intervengamos” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). Así, el posicionarse de una manera diferente a las lógicas médicas o contextuales no significa dejar de lado sus demandas; sino más bien, tenerlas en cuenta para de-construir y transformar las formas de intervención y los discursos que les subyacen.

En esa medida, a pesar de los posibles desencuentros entre una posición analítica y el discurso que subyace a la institución hospitalaria,

de alguna manera hay que hacerse escuchar, pero con prudencia, porque a veces también se comete el error de arremeter en contra del discurso de la medicina, de llegar en el lugar

de saber e intentar imponer cierta forma de proceder. (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Se pone de manifiesto la importancia de construir espacios de diálogo en los que se puedan intervenir los pacientes y también al hospital en sí mismo, “la idea no es pelear contra lo institucional, porque eso también nos deja por fuera... sino hacerse la pregunta: ¿Cómo le voy a dar la vuelta a esas demandas institucionales? permitiendo que algo del sujeto se produzca” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). De esta forma, se reconocen las limitaciones contextuales con el objetivo de buscar maneras en que el psicoanálisis puede aparecer y dialectizar con las posiciones establecidas para propiciar una escucha y alojamiento de los sujetos que allí se encuentran; “hay que conversar con los médicos, hay que tomar café con los médicos. Conversar sobre qué es lo que realmente están escuchando, qué es lo que les llama la atención de ese paciente” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

En suma, la posibilidad de pensar el psicoanálisis en instituciones hospitalarias y el posicionamiento del profesional, en este caso de la psicología, que interviene desde una perspectiva psicoanalítica no es algo dado de antemano, “no es una cosa que se descubre, ha sido a partir de mi camino que pude ir construyendo la forma de hacerme un lugar sin tener que renunciar a los principios del psicoanálisis” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). Esto implica una posición crítica en la que se logra habitar un lugar subversivo, mas no combativo, que precisamente hace posible una conversación. Lo anterior advirtiendo que en el contexto hospitalario la mayor parte de los profesionales han realizado una apuesta por la vida; pero, es justamente ese espacio el que pone de manifiesto “que la sociedad ha ido encontrando maneras de legitimar que la decisión sobre la vida es del resorte del sujeto y no de un ser externo, superior” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

Análisis

Como se mencionó en los antecedentes, la construcción de rol está mediada por múltiples factores, por ejemplo, las normas, pautas de comportamiento y expectativas que se tienen sobre determinada función, en este caso, estaría relacionada con las expectativas puestas sobre el desempeño del psicólogo dentro de un contexto hospitalario que preceden al profesional, sus

atributos o actuaciones (Carabaña y Lamo, 1978; Roda, 1999; Sánchez, 2014). Este compilado de conductas que “deberían” realizarse no son definidas por una sola persona, aunque esta ocupe una posición de autoridad, es más bien resultado de un consenso entre distintos actores internos o externos a la institución, lo que conlleva a que los roles asignados sean similares independientemente de los actores que los ejerzan (Braunstein et al., 1982; Harré y Lamb, 1992; Roda, 1999). Como se observa en este apartado, existen diferentes actores sociales que intervienen en la creación y legitimación de las normas y pautas que subyacen al rol del psicólogo (los pacientes, el personal de la salud, la institución hospitalaria).

Esta construcción del rol se basa en dos elementos: los roles formales que son directamente establecidos por el contexto, y los informales que surgen de la interacción que se tiene entre los miembros del grupo (Canto, 2002). Retomando lo dicho por los entrevistados, el rol formal se establece desde ciertas funciones predeterminadas, como la atención de interconsultas (diagnóstico, mediación, acompañamiento, entrega de malas noticias), la asistencia a espacios interdisciplinarios y el acompañamiento al personal asistencial. Respecto al rol informal, este se construye a partir de la interacción con las particularidades de los pedidos que realizan otros profesionales, los cuales suelen emerger en los momentos en que el paciente se distancia de los ideales de salud o no responden de la manera esperada a las intervenciones (“no mejora”). Como agregado a estos dos elementos, existe una dimensión personal, que corresponde a las características de cada profesional que influyen en el desempeño de ese rol (Sánchez, 2014), al relacionarse de manera activa con las funciones preestablecidas (rol formal) y la interacción con el contexto (rol informal), por lo que resulta fundamental la implicancia del factor subjetivo.

Ahora bien, el elemento que se espera resaltar siguiendo los resultados obtenidos es el carácter maleable del rol, debido a la interpretación que cada psicólogo hace de las normas y expectativas que se tienen de la función a cumplir, además de la posición que asume frente a estas. Así, el entorno le brinda al individuo un lineamiento a seguir, pero este no se encuentra definido completamente, pues el posicionamiento subjetivo del profesional puede complementarlo o contradecirlo, en últimas, posibilita su transformación por medio de la relación con los demás y la comprensión -y análisis- de las expectativas que se tienen de él (Canto, 2002; Carabaña y Lamo, 1978; Pons, 2010). Teniendo en cuenta lo recopilado en las entrevistas, en el contexto hospitalario se observa que, a pesar de la existencia de unas demandas y funciones preestablecidas, el factor de la interpretación del psicólogo juega un papel importante en la

manera cómo esas demandas son asumidas. Un ejemplo mencionado por los entrevistados fue la comprensión de que ciertos pedidos se encontraban enmarcados en un discurso médico con ideales de salud que podían dejar al sujeto en un lugar pasivo; en consecuencia, su posición era asumir al paciente como sujeto activo e intentar que emergiera esa subjetividad por medio de la escucha.

Braunstein et al. (1982) señalan que, desde el modelo médico, la psicología clínica suele relacionarse con la intervención a individuos que constituyen un problema para alguien o para sí mismos y busca adaptarlos a su medio, por lo cual la adaptación sería equivalente a la salud o normalidad y la inadaptación a la enfermedad o anormalidad. Esta conducta “normal” suele estar relacionada con lo socialmente aprobado y depende de las normas o ideales del contexto en el que se encuentre enmarcado el individuo; es por ello que asumir una actitud crítica en la que se advierta la procedencia de tales ideales y, en consecuencia, las demandas que se realizan a los psicólogos en este contexto, puede hacer que se construya una posición distinta frente a la escucha y las intervenciones que se brindan. Como mencionan los entrevistados, se trata de estar atento a las posibles contradicciones entre los requerimientos del sistema y la subjetividad del paciente, lo que permite distanciarse de una posición que lo dirija a ciertos lineamientos, para así priorizar su discurso y necesidades.

Respecto al rol, Braunstein et al. (1982) introducen una perspectiva crítica que ilustra este último punto: debido a que el rol suele asociarse a una posición que sirve a los propósitos o fines de un grupo, se puede habitar de dos maneras: desde la sujeción y el desconocimiento de los requerimientos sociales a los que responde; o, también está la posibilidad de asumir una posición distinta, atravesada por una actitud analítica, lo cual fue observado en los entrevistados, en quienes aparecen de manera implícita las preguntas de “qué hace, por qué lo hace, para qué y a pedido de quién” (Braunstein et al., 1982, p. 407). El énfasis en explorar estas preguntas y sus posibles respuestas es el punto de partida para habitar el rol desde un posicionamiento ético, por ejemplo, dando paso a los deseos del sujeto (no sin cuestionarlos), y evitando hacer parte de una estructura sistemática que busca crear sujetos que reproduzcan ciertos ideales. Esto no implica ir en contra de lo que resulte beneficioso para la comunidad, al contrario, esta se tiene en cuenta desde un lugar reflexivo que considera la estructura donde está inmersa, sus posibilidades de actuación y transformación; en esa medida, la ética también acoge los elementos intersubjetivos

que impactan de manera directa en el sujeto individual, y que juegan un papel fundamental en la constitución de su deseo (Ramírez, 2012).

La práctica profesional asumida desde un lugar analítico no solo refiere a cierta posición en el hospital, sino que, al estar permeado por unas lógicas de poder bajo las cuales se escucha principalmente la demanda de cierta parte dominante de la población, implica también una decisión política e ideológica (Braunstein et al., 1982). En palabras del autor, “¿La única posibilidad que habría es la de aceptar el rol asignado? Es frente a ese rol introyectado, pero luego desenmascarado que es posible asumir, decidir por aceptarlo o rechazarlo. Es una decisión ideológica y política, no científica” (p. 415). En esa medida, se está advertido de evitar una posición conservadora de la estructura que adoctrine o trate de moldear a los individuos que se salen de lo esperado. Por eso, el rol ejercido desde un posicionamiento psicoanalítico posibilita una reflexión analítica sobre la demanda hospitalaria, de manera que se asume si ha sido analizada y se considera pertinente, o se proponen alternativas si el resultado del análisis lleva a cuestionarla o a rechazarla; lo anterior con el fin de propiciar una práctica transformadora del individuo, los profesionales y el entorno.

La posición psicoanalítica no busca que los discursos imperantes –y en muchos casos dogmáticos- que provienen de la institución o de la sociedad se mantengan; tampoco pretende que el discurso que el psicoanalítico considera “más adecuado” sea el que logre imponerse; en ninguno de los casos el propósito es dominar, hegemonizar o arrastrar a determinado discurso (Báez, 2011). En cambio, se busca la emergencia de la singularidad, evitando el borramiento del sujeto o el sacrificio de su deseo (institucionalizándolo), y dando paso a un discurso en el que están presentes las tensiones, contradicciones, resistencias o faltas, con el fin de que se construyan nuevas elaboraciones en las que se tenga en cuenta tanto el individuo como el diálogo con su entorno.

La posición de docta ignorancia es la base de la metodología que se utiliza en el psicoanálisis y que los entrevistados mencionaron en su proceder; esta permite insertar la duda en un discurso institucional que suele no ser cuestionado. Es precisamente esta posición de los psicoanalíticos entrevistados, que “saber escuchar y poder hablar es la única posibilidad” (Báez, 2011, p. 242), lo que permite el surgimiento de una transformación y la emergencia de otras maneras de goce, buscando que estas puedan ser más acordes al deseo del sujeto, lo cual no sería posible sin el sujeto y su palabra. Esto no significa que los psicoanalíticos vayan en contra de la

institución, por el contrario, se reconoce la importancia y las posibilidades que esta abre para acompañar a las personas, por ejemplo, al propiciar un espacio donde es posible acompañar y escuchar a los sujetos que se encuentran en un proceso de enfermedad, o al dar paso a un trabajo interdisciplinario donde diversas miradas puedan ampliar la comprensión de los fenómenos.

Esta reflexión parte de reconocer que la medicina se ocupa de un organismo, y, en ocasiones, no tiene en cuenta la subjetividad que lo atraviesa, aspecto recuperado por el psicoanalítico, quien aborda al sujeto desde la lógica de la palabra (Agustina, 2022; Pintos, 2016). En esa medida, al contemplar que el sujeto está conformado por un organismo y unos significantes que lo atraviesan, hay un llamado a los profesionales que habitan el espacio hospitalario a que aborden estos distintos órdenes. Como mencionan los entrevistados, la atención que se ofrece dentro del hospital suele orientarse al organismo; pero cuando el profesional médico se encuentra con los límites de la medicina o cuando emerge el sujeto de la enfermedad que no responde a los ideales de salud, se reconoce el papel del psicoanalítico y el lugar significativo del abordaje de la subjetividad.

Lo anterior abre el diálogo entre el personal de la salud y el psicoanalítico, quien debe operar teniendo en cuenta las políticas públicas que guían la salud y las dinámicas, normas y reglas que tiene cada institución. Por lo que, desde una orientación psicoanalítica, se asume el reto de adaptar esta manera de proceder al contexto hospitalario con los distintos discursos que lo habitan y las problemáticas particulares que se presentan (Agustina, 2022). En el hospital, el encuentro entre el psicoanálisis y la medicina sostiene un diálogo entre lo universal y lo singular; como mencionan los entrevistados, en ocasiones lo singular hace obstáculo a la lógica del "para todos" o también cuando lo singular evade su responsabilidad con el entorno; pero es la posición del psicoanalítico lo que puede ayudar a mantener la conversación entre estos dos discursos, pues a pesar de privilegiar el trabajo con lo simbólico e inconsciente, también se reconoce la presencia de un organismo que debe ser tratado por otros medios (medicina).

Con este diálogo se abre la posibilidad de que el psicoanalítico encuentre más espacios que en un principio eran considerados territorio unívoco de la medicina, pues se comienza a tener en cuenta la subjetividad que habita el cuerpo de cada paciente. Esta presencia del psicoanálisis no intenta que un discurso predomine sobre el otro o que entren en disputa, sino que pueda haber un diálogo interdisciplinario para abordar de manera más integral la complejidad de lo humano. Esto tampoco implica que el psicoanalítico deba renunciar a su posición ética y metodológica,

pues continúa interrogando las demandas a él dirigidas y prioriza la escucha del discurso del paciente, lo cual permite tener en cuenta la particularidad del sujeto y su deseo para tomar decisiones o reflexionar sobre el decurso de su enfermedad, aún cuando estas puedan no ir en la misma vía que los ideales de salud.

A modo de conclusión, a pesar de que existen funciones preestablecidas asociadas al rol del psicólogo, este no se encuentra dado de antemano, debido a que también juegan un papel fundamental la posición subjetiva de cada psicólogo, la manera cómo responde a las demandas y las formas de interactuar con otros profesionales. Es viable, entonces, construir un posicionamiento ético que no olvide las premisas psicoanalíticas en el trabajo dentro del hospital; a la vez que se pueden promover diálogos con los demás actores del contexto y encontrar formas de responder a las demandas sin obturar el discurso del sujeto y sin dejar de lado la singularidad. Así, los desencuentros se configuran como un espacio de creación que permite pensar –con otros– posibles transformaciones que impacten los distintos espacios del hospital.

Capítulo Tercero. Posición Desde el Psicoanálisis

En este apartado se desarrollarán los emergentes de las entrevistas que se relacionan con la perspectiva psicoanalítica y su relación con el contexto hospitalario. Esta categoría estará dividida en cuatro segmentos: 1) Primero, se profundizará en las características de la intervención en el contexto hospitalario desde una propuesta psicoanalítica, explorando su método, alcances y propósitos. 2) Después, se mostrará algunos fundamentos teóricos mencionados a lo largo de las entrevistas. 3) Luego, se presentarán algunas consideraciones sobre la clínica psicoanalítica y se hará énfasis en el lugar privilegiado que ocupa la singularidad. 4) Finalmente, se expondrán elementos asociados a la formación del analista, aspecto transversal en la intervención.

Intervención Psicoanalítica

“Sin el sujeto no hay clínica psicoanalítica posible” (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

El primer elemento obtenido en las entrevistas con relación a la intervención psicoanalítica es el reconocimiento de que la solicitud de un acompañamiento psicológico inicialmente no proviene del paciente. En ese sentido, es importante advertir que con la intervención no todos los sujetos van a construir una demanda como punto de partida para un trabajo terapéutico; ahora bien, aquello no elimina la escucha del inconsciente, las pulsiones, la repetición o la transferencia, pero impacta en la disposición de ese sujeto para profundizar en el análisis de sí mismo y en la manera cómo se realizan las devoluciones: “si en el otro no está esa demanda, uno tiene que tener mucho cuidado en qué devuelve, cómo lo devuelve (Entrevistado, comunicación personal, 2023). Sin embargo, también hay casos donde es posible construir una demanda -que no es una demanda de análisis- en la que el sujeto decide hablar con alguien que le da un lugar, que se dispone a escucharlo y donde es posible producir una movilización subjetiva. En últimas, una posición psicoanalítica implica necesariamente la pregunta “¿De qué sufre el paciente? ¿Por qué?” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), se tiene la premisa (aún si no existe una demanda construida) de intentar alojar su subjetividad y poder pesquisar cuál es la naturaleza singular de su sufrimiento.

La intervención desde una posición psicoanalítica no propende a la psicoeducación (sin que ello implique negar su pertinencia en algunos casos); más bien, se advierte que el sujeto tiene un conocimiento de sí mismo -consciente e inconsciente-, y en muchos casos existe un reconocimiento de su enfermedad: muchas personas saben lo que necesitan para mejorar, aquello que les hace más daño o las implicaciones que ciertas decisiones pueden tener para su vida. Es por lo anterior que el psicoanálisis busca que el sujeto explore las razones subyacentes a ciertos comportamientos, que analice aquellas cosas que repite y lo llevan a habitar espacios hospitalarios, que explore su postura subjetiva frente a la enfermedad, “algo de esa dimensión de la elección que tiene que ver con asuntos inconscientes, pueden advertirse y a partir de eso trabajar” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). De esta manera, la intervención inicia cuando es posible explorar y cuestionar con el paciente ese espacio que existe entre su anhelo consciente de curación y su posición inconsciente que lo impele a otro lugar, “de repente uno logra ver que justo en el momento en que le están pasando cosas buenas en la vida, aparece este tema del empuje, por ejemplo, al alcohol” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

En las entrevistas aparece la referencia a la pregunta de Freud sobre la posibilidad de aplicar el psicoanálisis a otras capas de la población, de manera que no solo se dirija a cierta parte de esta, en muchos casos privilegiada, sino que más personas puedan acceder a él. Al respecto una de las personas entrevistadas dice, parafraseando a Freud: “será posible en la medida en que se pueda alear el oro puro del psicoanálisis con el cobre de la sugestión directa” (Entrevistado, comunicación personal, 2023); al explicar esta frase surge la concepción de “cobre” relacionada al contexto hospitalario, la cual no solo se asocia con la sugestión sino también con aquellos aspectos institucionales que, aparentemente, representan obstáculos para el trabajo analítico; por ejemplo, el tiempo para cada interconsulta, la limitación en la continuación de las intervenciones, la necesidad de preguntar por ciertos aspectos relacionados con la historia clínica (consumo de sustancias, enfermedades previas, contexto social y familiar, etc.), lo cual imposibilita la técnica de entrevista de asociación libre.

Sin embargo, lo anterior no impide la aparición del “oro del psicoanálisis”; es decir, una escucha particular que posibilite unas preguntas y devoluciones que respondan a las particularidades de cada paciente, el poder interrogar la posición de cada sujeto con relación a su enfermedad, la forma cómo se relaciona con el cuidado de sí, “preguntarle al otro qué piensa de ciertos asuntos, de esas conductas llamadas de riesgo que una y otra vez hacen tanto ruido en este

ámbito médico. Que él pueda preguntarse sobre eso” (Entrevistado, comunicación personal, 2023); reconociendo la distancia que estas preguntas toman de propósitos que busquen dirigir al sujeto a cierta posición que, en el ideal médico, sería “más correcta” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). Así, las intervenciones desde el psicoanálisis no pretenden subjetivar a los pacientes en dirección a un “deber ser” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), sino que este pueda saber un poco más sobre aquello que para él resulta problemático y tomar decisiones que considere más adecuadas para sí mismo.

Lo anterior permite relativizar la concepción del psicoanálisis como viable solamente dentro del dispositivo freudiano, con la presencia de un diván, en un espacio privado, etc., pues también es posible su aparición en el contexto hospitalario, con sus características, limitaciones, con aquellos elementos asociados al “cobre” de lo institucional. En ese sentido, es posible también reflexionar sobre las posibilidades de una intervención en la que se implementen estrategias que no suelen relacionarse con el proceder psicoanalítico; algunos entrevistados nombran la utilización de técnicas de respiración y relajación como una respuesta a necesidades que surgen dentro del encuentro con algunos pacientes, por ejemplo, al momento de intervenir un paciente que se dirige a una cirugía y tiene una activación fisiológica que puede incrementar los riesgos del procedimiento, este tipo de herramientas son necesarias. Sin embargo, esto no desdibuja una posición y ética analíticas, no implica dejar de lado “el oro” del psicoanálisis, “que es del orden de la posición que uno tiene frente a lo que escucha, lo que devuelve y desde dónde escucha, que realmente es lo que hace la diferencia, la forma en cómo se acoge ese sufrimiento” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

En esa medida, se problematiza la supuesta equivalencia entre el método psicoanalítico y el dispositivo clásico del consultorio, pues se considera que el elemento central es la posición del analista que propende a que cada sujeto construya una comprensión de su sufrimiento y la función que este tiene, aspecto que muchas veces está más allá de la situación actual y se relaciona con el dolor de la existencia misma. Así, el psicoanálisis, aun en el contexto hospitalario, puede posicionarse de manera distinta y tomar distancia de intervenciones basadas en el ideal de modificar al otro con el objetivo de aliviar su malestar. En ese sentido, teniendo en cuenta las condiciones concretas del contexto hospitalario (el “cobre” previamente mencionado),

lo importante es que el modo en que alguien fue escuchado, una sola vez o dos veces o tres veces en el contexto de un hospital, invita a que esa persona se pueda interrogar sobre su posición de sujeto, respecto a las cosas que le pasan, en este caso, por ejemplo, la enfermedad. (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Es posible observar muchos modelos de salud que se guían por cierto ideal de bienestar, buscando que las personas consigan una “buena calidad de vida”, lo que lleva a que algunos profesionales se vean limitados a la hora de intervenir, “se encartan porque deben proporcionar un alivio frente a las cosas que el otro siente” (Entrevistado, comunicación personal, 2023); en esa medida, aunque se considera su malestar, este no se aloja en tanto no se comprende ni se interroga. Para el psicoanálisis, darle lugar al malestar implica interrogar el supuesto según el cual “todo el mundo quiere cuidarse, que todas las personas quieren vivir o estar bien” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). Lo anterior permite comenzar a comprender lo que previamente se ha nombrado como “principios del psicoanálisis” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), que constituyen el “oro” en la intervención: despojarse de los ideales de salud y bienestar, distanciarse de una postura que intente imponer ciertas decisiones, y, de esa manera, poder escuchar de manera desprejuiciada. Esto, justamente, diferencia y caracteriza la posición del psicoanalista,

Creo que ahí el clínico, el profesional del campo psi tiene que cuidarse de no ser sujeto, es decir, de no tener una posición en pro o en contra de... Porque, sea en el consultorio o en el hospital, no puede haber dos sujetos hablando, no es una conversación intersubjetiva, es un analista en posición de objeto que presta su cuerpo para que el otro hable sobre sus objetos en relación al goce, etcétera. (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Así, la noción de “alojar el sufrimiento” además de referirse a la disposición de escuchar la tristeza, rabia o malestar de un sujeto y realizar intervenciones que propendan a una exploración de los motivos de estos sentimientos, también significa poder darle un lugar para que pueda desplegar una respuesta frente a su enfermedad y tratamiento, que no esté mediada por imposiciones externas, aun cuando aquellas decisiones vayan en contravía a la expectativa inicial de la interconsulta y de las expectativas de la medicina; por ejemplo, que el paciente decida no continuar con un procedimiento médico o no someterse a una intervención quirúrgica, tras haber

podido esclarecer sus motivaciones, despojarse de imaginarios previos y haber dilucidado aquello que subyace a esa decisión. En ese sentido, la intervención psicoanalítica no consiste en “infundir al otro un deber ser, la posición que debería tomar; sino permitirle hablar de eso y que él mismo pueda asumir su posición y hacerse responsable” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

Además, la intervención desde el psicoanálisis se fundamenta en la comprensión de que, aún para los sujetos con un mismo diagnóstico médico, la forma y las razones por las cuales sufren serán completamente diferentes. De esa manera, el punto de partida es darle la palabra a cada paciente, para así permitirle el despliegue de sus particularidades, las cuales también abarcan los contenidos inconscientes de su mundo psíquico;

por ejemplo, al hacerle una entrevista a una paciente que tenía una leucemia y había sido trasplantada, el simplemente preguntarle: cuéntame, cómo ha sido su proceso de enfermedad, ella contó de su cuerpo, de sus relaciones amorosas, de su relación con la enfermedad, de la función que su lugar de enferma tenía en la familia, su relación con la madre... dándole la palabra, sin dedicarse a que respondiera una encuesta. (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

En este “darle la palabra al sujeto” no se busca que llegue a respuestas absolutas que eliminen su malestar o que solucionen sus cuestionamientos, más bien, lo que se pretende es que cada paciente historicice su proceso de enfermedad y pueda ampliar los interrogantes relacionados con su padecer, su posición frente a aquello que lo hace sufrir y su responsabilidad en el malestar que atraviesa su vida; en últimas, “que el paciente logre preguntarse algo de forma diferente” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). Retomando la metáfora de uno de los entrevistados, se busca que esa palabra “lo llene de orificios, para que en esos orificios se pueda empezar a producir algo que tal vez logre darle un poco de conocimiento sobre lo que padece” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), conocimiento que ya tenía, pero desconocía, el cual puede permitirle una movilización en la que se reconozca como sujeto de su propia enfermedad y de su vida misma. “Algo que he notado es que cuando se permite el espacio de escucha, de alguna u otra forma, la marca, la tachadura, lo propio, lo inconsciente, suele emerger” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). En otras palabras, al disponer una escucha diferenciada, algo de lo inédito puede surgir: los sujetos suelen relatar su historia y su

enfermedad de una manera similar a como la han contado previamente, repitiendo explicaciones sobre sí mismos que han adoptado o construido hace tiempo,

lo interesante es que el encuentro con alguien advertido del inconsciente, de la pulsión, por su propio análisis, por ejemplo, puede introducir preguntas, hacer cortes o escansiones, para que eso que se ha dicho casi siempre del mismo modo, se escuche de un modo distinto, inédito. (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

En relación con lo anterior, en las entrevistas también surgieron otras formas de intervención posibles desde el psicoanálisis. Una de ellas fue la creación de una “malla de acompañamiento a los pacientes” (Entrevistado, comunicación personal, 2023) que se diferenciaba de un protocolo en tanto no señalaba un paso a paso o unas formas de intervención más adecuadas que otras; sino que constituía el desarrollo de ciertas herramientas que en algunas circunstancias podían ser útiles para apoyar la simbolización de una población concreta, cuya enfermedad no suele aparecer en el discurso cultural, caracterizada por una falta de significantes que le permitan a los pacientes una construcción subjetiva alrededor de su padecimiento. Otra intervención fue la creación de un espacio donde los cuidadores de niños hospitalizados puedan conversar de manera privada con los especialistas tratantes de sus hijos durante aproximadamente dos horas,

lo curioso es que, digamos, de diez encuentros, sólo uno estuvo enfocado en el tratamiento, en los otros nueve hablan de cómo se perdió la relación de pareja, como tienen miedo porque el hijo o la hija pueda morir, es decir, en ese espacio de escucha, surge toda la novela familiar. (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Así, se pueden comprender las formas de apoyar a un paciente y su familia, según las necesidades que ellos mismos manifiesten.

Influencia de la Teoría Psicoanalítica

“Estoy enfermo de palabras, pero me puedo sanar con palabras” (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Con base en las entrevistas fue posible rastrear la influencia que tiene la teoría psicoanalítica en la forma de proceder de los entrevistados, quienes veían una constante interrelación entre los fundamentos teóricos y su práctica. De hecho, en una de las entrevistas se hizo referencia a la definición dada por Freud sobre el psicoanálisis como una praxis terapéutica, como un método de investigación y como una teoría. En este apartado se profundizará especialmente sobre la teoría psicoanalítica de la que dieron cuenta los entrevistados que, a su vez, tiene implicaciones en las maneras de intervenir.

Una de las premisas psicoanalíticas que fundamentan la comprensión de los fenómenos hospitalarios es que los sujetos están implicados en su afección; es decir, las enfermedades, si bien tienen un componente orgánico fundamental, también están permeadas por las características singulares de cada persona, lo cual tiene un impacto en las decisiones que cada una toma en relación con su tratamiento y hábitos de vida, y en la manera como se representa su cuerpo, su enfermedad, su vida y su muerte. De esta manera, se tienen en cuenta la relación recíproca que hay entre lo orgánico y lo discursivo; a su vez, en este último elemento se condensan distintos elementos culturales, familiares, individuales, “cada uno, como descubrió Freud muy temprano, tiene una representación de la anatomía muy singular. Con elementos de la anatomía popular, con elementos de lo que se haya leído, o de lo que se haya construido” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

En esa medida, se sustenta una perspectiva que busca darle un lugar a cada sujeto, y un elemento transversal a la teoría psicoanalítica es que toda subjetividad está constituida por un inconsciente: “estamos habitados por esa otra escena, que es el inconsciente, que nos determina, que determina las relaciones con los otros, la forma como un sujeto vivencia, por ejemplo, su propia enfermedad” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). Así, se advierte la importancia de escuchar los elementos inconscientes, los cuales señalan una forma particular de gozar, la consecución de ciertas ganancias que cristalizan a las personas en ciertos posicionamientos. Se observa entonces que la transformación de ciertos hábitos, la adherencia a los tratamientos y la relación que se tiene con aquello que la medicina nombra como “factores de riesgo”, no están solamente mediados por una voluntad consciente, no basta con que un sujeto “quiera” realizar algún cambio o adquirir una nueva práctica para su vida cotidiana; sino que está ese elemento

inconsciente que juega un papel fundamental en la forma como cada uno se relaciona con su cuerpo y su padecer.

En ese sentido, no es suficiente con una comprensión de los factores que son perjudiciales o sobre aquellas prácticas que se deberían cambiar para que el estado de salud “mejore”; de hecho, los entrevistados afirmaban que muchos de los pacientes suelen tener conocimiento de esto y, sin embargo, toman decisiones que desde una perspectiva enfocada en lo orgánico “no tendrían sentido” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), en tanto conllevan consecuencias contrarias a los ideales de curación. Ahora bien, el psicoanálisis posibilita una comprensión mucho más profunda, permitiendo analizar esos elementos discursivos –conscientes e inconscientes- que sustentan una forma particular de vivir:

En un ámbito hospitalario, sin duda la psicoeducación es muy importante, pero justamente lo que trata el psicoanálisis es reconocer que, aunque el paciente tenga la información, puede hacer otra cosa o lo contrario a su bienestar por razones subjetivas que están articuladas a su inconsciente. (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Por ejemplo, no todos los sujetos buscan los servicios médicos con el propósito de ser curados, algunas veces su motivo es poder ser confirmados como enfermos, “la posición del enfermo con su enfermedad va mucho más allá de algo tan sencillo como quererse curar. No todo paciente se quiere curar. Hay muchos que quieren quedarse instalados en la enfermedad” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

Para los entrevistados, a diferencia del discurso científico de la época -subyacente también al ámbito médico- que posiciona el saber del lado del docto o del médico, el psicoanálisis supone que el saber sobre sí –fundamentalmente inconsciente- está del lado del paciente, y se presenta de múltiples maneras: palabras, actos, lapsus, sueños y en todas las expresiones discursivas que den cuenta de su singularidad.

el discurso y el lenguaje son tan importantes porque el sujeto está ahí en el intersticio entre la cadena significante, y como está sujetado a esa cadena, a veces no se da cuenta de cuáles significantes son los que lo sujetan. (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Por ello la escucha del analista es de suma importancia, ya que trabaja con ese saber por medio de puntualizaciones, intervenciones o interpretaciones “que pueden hacer emerger esas sucesiones, esos significantes a los que está alienado” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

Así, el psicoanalista no debe posicionarse en el lugar del saber, imponer una expectativa de bienestar sobre el paciente, ni hacer interpretaciones que surjan de una opinión propia. Más bien, la mencionada escucha está sustentada por la “función deseo del analista” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), es decir, un posicionamiento que va más allá de una técnica concreta o de unos pasos que se deben seguir en orden lineal, sino que posibilita el surgimiento de lo inédito a partir del acompañar a cada paciente en el proceso de “darse cuenta” (Entrevistado, comunicación personal, 2023) de su posición en tanto sujeto del inconsciente. Esta función es aquello que un analista transmite, una imparcialidad que posibilita a los pacientes nombrar sus modalidades de goce, aun cuando son moralmente reprochables desde una mirada cultural, que puedan decir lo más desgarrador de su experiencia vital y, de esta manera, “pueda decidir si modificar o no su posición de goce, porque la función del analista no es producir un sujeto según cierto ideal de comportamiento, de modalidad de goce” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

Además, con relación a la intervención realizada, se está advertido del impase existente entre lo realizado por el psicoanalítico y la forma en que el paciente lo interpreta, por lo cual, desde el psicoanálisis, los efectos posibles no pueden estar previamente calculados, en tanto es la lógica de lo inconsciente lo que hace posible que el paciente dé múltiples interpretaciones y sentidos para un mismo señalamiento, pregunta o devolución: “el analista no sabe lo que dice pero debe saber lo que hace, entonces uno debe saber escuchar, pero cuando le devuelves algo al paciente, no sabes qué dijiste porque no sabes qué escuchó” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

Sumado a esto, en las entrevistas se afirma que existen algunos principios que subyacen al psicoanálisis y atraviesan la posición de cada analista, a saber: (1) “el uno por uno” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), es decir, se tiene en cuenta que cada sujeto es singular y está atravesado por elementos discursivos particulares. (2) La existencia del inconsciente, el cual es atemporal y ello implica que la clínica no sea guiada por la lógica del tiempo cronológico, sino “por la de los tiempos lógicos, que implican un instante para ver, un tiempo de comprender y un

momento de concluir” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). (3) La transferencia y (4) la pulsión. Uno de los entrevistados retoma la afirmación freudiana sobre las técnicas psicoanalíticas,

este es un guante que calza bien a mi mano, pero todos tenemos manos distintas. Con lo cual, estaba planteando que era el modo en que, siguiendo ciertos principios, podía adecuar su modo de ejercicio clínico a él como sujeto. (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

En esta medida, la práctica psicoanalítica no debe estar fundamentada en la técnica, sino en los mencionados principios, los cuales constituyen los elementos comunes, y, a partir de ahí, será la decisión de cada analista cómo incorporarlos de manera que tenga sentido para sí mismo.

Surge la reflexión sobre la pertinencia del psicoanálisis en contextos institucionales, en este caso, el hospitalario. A lo largo de la historia del psicoanálisis se ha debatido sobre los lugares donde es posible su aplicación; algunas perspectivas afirman que solo es posible dentro del dispositivo, es decir, en un consultorio, con un diván, donde se realicen cortes lacanianos, entre otros. También aparece la posición de un psicoanálisis posible si hay un sujeto que habla y oye, pues aquello estructural del dispositivo radica en lo que sucede en la intimidad de los encuentros, es decir, la emergencia del inconsciente, la transferencia, la singularidad, la pulsión; lo cual no está garantizado por el lugar material donde ese encuentro suceda -ya sea en el hospital o en un consultorio con diván-.

Además, la construcción teórica del psicoanálisis emerge precisamente a partir de la pregunta de Freud por los fenómenos que tienen que ver con el cuerpo y no pueden ser explicados desde una perspectiva orgánica. En esa medida, el psicoanálisis resulta sumamente pertinente para las reflexiones e intervenciones posibles en este contexto, pues, retomando la perspectiva lacaniana, eso real que constituye un conjunto de células está inherentemente afectado por los elementos simbólicos e imaginarios de cada sujeto. Por ejemplo, un paciente que no quiere recibir un trasplante o, al ser trasplantado su cuerpo no responde de la manera esperada por los médicos; al hablar con él se descubre que tiene una relación conflictiva con la persona donante y aparecen imaginarios sociales bajo los cuales, supuestamente, al recibir ese órgano, es posible convertirse en la persona que lo dona.

Clínica Psicoanalítica y Singularidad

“Mi posición en la clínica es no renunciar a escuchar al otro” (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Por medio de las entrevistas fue posible explorar algunos elementos que caracterizan la clínica desde una perspectiva psicoanalítica, muchos de ellos ya han sido nombrados previamente; sin embargo, en este apartado se hará énfasis en algunos de ellos. Un primer elemento es la apertura al devenir singular de cada sujeto, en palabras de una de las personas entrevistadas “dejarse sorprender por los pacientes” (Entrevistado, comunicación personal, 2023); además, en esta apertura es necesario comprender que la lógica para cada paciente no responde necesariamente a la lógica médica, de manera que será necesario comprender las razones y perspectivas que subyacen a las decisiones que van tomando respecto a su enfermedad y el lugar que esta les permite en el mundo.

De hecho, muchos de los participantes no se muestran en contra del uso de técnicas concretas, por ejemplo, ejercicios de respiración y relajación, pues en la apertura al devenir de cada caso es posible que, en algunos momentos, especialmente dentro del contexto hospitalario, sea necesario hacer uso de estas, sin que ello implique un acallamiento de su subjetividad, sino más bien una escucha de las necesidades que presenta. Lo anterior señala la importancia de una escucha desprejuiciada, que esté atenta a las expresiones subjetivas e inconscientes de los pacientes para poder construir devoluciones, señalamientos o intervenciones que tengan sentido para cada caso.

Otro elemento relacionado con la clínica psicoanalítica es la relación existente entre la teoría y el ejercicio práctico. En esta relación vuelve a aparecer el papel fundamental que juega la escucha, debido a que la comprensión de un caso no debe partir de postulados teóricos previos, estos pueden resultar insuficientes, contradictorios y limitan la mencionada escucha. De esta manera, uno de los participantes habla de la posición de aprendiz que caracteriza al analítico:

uno tiene que estar con ambas todo el tiempo, la teoría y la práctica. Es necesario leer, prepararse con otros, porque no se puede aprender solo. Pero también, cuando tú estás con

otro, en un espacio de escucha, es necesario estar dispuesto a aprender de todo lo que el paciente enseña. (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Y es aquí donde aparece un elemento fundamental: la ética del clínico, que va a posibilitar una forma particular de encuentro íntimo con cada paciente, una forma de escucha, una disposición para darle lugar a su sufrimiento, permitirle nombrar los distintos caminos que ha encontrado para hacerle frente, y todo esto, quizá, le lleve a construir nuevas formas de relacionarse consigo mismo que le generen una moderación del sufrimiento.

Un aspecto que transversaliza toda la clínica psicoanalítica es la singularidad, el uno por uno, este principio conlleva un respeto por las distintas formas en que un sujeto responde a su realidad, dejando de lado los intentos de estandarización que caracterizan el cientificismo de la época actual y aceptando que no hay una guía de manejo o intervención que dirija el tratamiento de un paciente, pues este es singular y al sistematizarlo se estaría obturando el despliegue de aquello que lo hace ser quien es, las lógicas inconscientes que dirigen sus decisiones y su historia particular en el mundo. Se estaría dejando de lado el “uno por uno” que se reemplazaría por el “uno más” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

De esta manera, no hay una forma de rigidizar al psicoanálisis, el mismo Freud fue modificando los aspectos asociados al encuadre analítico e hizo énfasis en que los asuntos técnicos respondían a las particularidades de cada psicoanalista en el encuentro con cada uno de sus pacientes. Así, la flexibilidad y apertura a nuevas maneras de intervención, siempre permeadas por una escucha que capte el discurso inconsciente del otro, son los elementos que caracterizan el proceder psicoanalítico. En el contexto hospitalario, si bien existen unas lógicas institucionales que permean la interacción con los pacientes, el marco de libertad está posibilitado por el encuentro íntimo que se da con cada uno y las respuestas particulares respecto a preguntas como: “¿qué es lo que yo voy a escuchar? ¿Qué es lo que voy a hacer? ¿cómo maniobro yo con esa demanda?” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

La singularidad entonces es lo que se busca escuchar y alojar: comprender las distintas maneras cómo los sujetos simbolizan su cuerpo, su enfermedad, cómo hacen arreglos que les permiten vincularse a la vida y hacer algo con su malestar, y las maneras particulares de gozar, es decir, “cómo se las arregla de un modo menos dañino para sí mismo, no según cánones morales, sino menos dañino para sí mismo, con su modalidad de goce” (Entrevistado, comunicación

personal, 2023). Un ejemplo de esto aparece en la diversidad de respuestas posibles sobre por qué un paciente decide fumar, comer dulce, tomar alcohol, aun cuando esto puede empeorar su estado de salud, si bien aparece como una conducta que se repite entre los pacientes, las motivaciones inconscientes serán absolutamente distintas, y son estas últimas las que se espera que el sujeto pueda desplegar. Otro ejemplo es la manera cómo cada paciente recibe su diagnóstico y la forma en que su enfermedad le afecta: “eso que hace sufrir a un sujeto no es lo mismo que hace sufrir al otro, porque cada sujeto, aunque tenga la misma enfermedad, tiene una manera de representársela, de significarla y de padecerla” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

Así mismo, la singularidad también surge de las maneras cómo cada sujeto se relaciona con las características de su época y del contexto en el que habita, es por ello importante que el psicoanalista tenga en cuenta las formas particulares de gozar que se priorizan en ciertos lugares, momentos históricos y culturas; aquello implica el constante cuestionamiento sobre “cuáles son las lógicas de la época que inciden y que transforman o dan cierta particularidad a los síntomas, a las formas de presentación del padecimiento en nuestra actualidad” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

En suma, el psicoanálisis se presenta como una propuesta subversiva a las lógicas de universalización y normalización, es decir, representa una forma de alojar el sufrimiento que es siempre singular, la cual deja de lado objetivos moralizantes que busquen guiar a los pacientes a una forma concreta de vivir, disfrutar y padecer; en palabras de un entrevistado “El motor de un análisis es algo que a un sujeto lo haga sufrir, y eso es singular. Incluso dentro del grupo de pacientes con determinadas enfermedades, eso es singular” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). Más bien, posibilita que cada sujeto encuentre la manera de desear y de habitar el mundo que tenga más sentido para sí mismo.

Formación del Psicoanalítico

“Estar advertido de cuáles son esas cosas que en uno son más fantasmáticas hace que las intervenciones sean incluso más responsables” (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

A lo largo de las entrevistas aparecieron algunas consideraciones sobre la formación del analista, es decir, sobre el proceso mediante el cual se construye una posición psicoanalítica a partir de su método y fundamentos epistemológicos.

Un elemento transversal fue la importancia del propio análisis y el deseo del analista, el cual es una consecuencia del primero. Estos van posibilitando una escucha cada vez más amplia y desprejuiciada, con la cual es posible captar más elementos inconscientes; en esa medida, la escucha psicoanalítica está posibilitada -o limitada- por el propio proceso de análisis, y el deseo del analista se constituye como uno de los efectos de este proceso. Otro de los efectos es la destitución subjetiva, es decir, “poder despojarse de la persona que uno es” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), no estar ahí en calidad de sujeto, sino como un objeto que logra alojar eso que el otro supone o transfiere: “sostener un lugar vacío donde el paciente pueda venir a alojar su propio objeto. Para que ese lugar pueda quedar vacío, el analista no puede estar ahí como sujeto, como persona, sino justamente destituido” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

Otro aspecto que señala la importancia del propio análisis es que permite analizar y reconocer aquellas cosas que hacen obstáculo en la escucha, es decir, aquellos elementos subjetivos de los pacientes que actualizan aspectos de la persona del analista. Por ello “el analista debería estar advertido de qué es lo que ese paciente le representa” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), qué de su discurso lo toca e implica, y, de esa forma, pueda destituirse: “yo sé que eso tiene que ver conmigo, pero tengo o no la posibilidad de ubicarme para ese paciente como analista y dejar eso de lado” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). De esta forma, la posición desde el psicoanálisis implica poder alojar al otro, a su sufrimiento, a lo horroroso que aparece en la experiencia humana, lo cual se contrapone a las posturas que intentan acallar al sujeto e impedir el despliegue de su singularidad a partir del atiborramiento de información médica, psicológica o de la experiencia personal del mismo profesional.

Además, la construcción de una postura ética implica que el psicoanalítico asuma la necesidad de continuar formándose y construyendo el propio posicionamiento clínico mediante el depuramiento de los propios prejuicios, lo cual le permite aceptarse como sujeto equívoco, es decir, reconoce la posibilidad de equivocarse, hacer interpretaciones apresuradas y realizar intervenciones que obturen al sujeto o que estén permeadas por el *furor sanandi*. A continuación, se presenta un fragmento de las entrevistas que logra condensar lo anterior:

¿qué es un psicoanalista? Un psicoanalista es alguien que ha hecho un recorrido sobre su análisis personal que le ha implicado saber de su inconsciente, saber de sus modos de

satisfacción. Y que a partir de ese recorrido ha podido construir una función que se llama función deseo del analista. Es decir, es lo que permite ubicarse de cierto modo en la escucha para facilitar que otros escuchen. (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Un segundo elemento fundamental para la formación del analista es la supervisión de los casos por parte de otro analista, por medio de la cual alguien, “que no está directamente implicado en el caso me escucha, pone atención a esos elementos que yo voy escuchando y sintiendo, permitiendo ubicar mejor ese tipo de cosas y darme cuenta de aspectos inconscientes que podrían afectar la escucha” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). El tercer elemento importante es la formación teórica, que no solo es posible dentro de espacios académicos formales, sino también mediante discusiones, lecturas propias y conjuntas. Esta formación resulta útil para dialogar con otros profesionales, argumentar las intervenciones realizadas y construir espacios de discusión sobre los pacientes, la pertinencia de ciertos procedimientos o tratamientos. De esta manera, se puede dar un lugar al psicoanálisis, sacándolo del imaginario que lo asocia con algo oscuro e ininteligible, para así permitir una mejor comprensión sobre los casos y discusiones interdisciplinarias que amplíen las posibilidades de escucha e intervención.

Análisis

Lo hasta ahora expuesto nos permite regresar a la concepción de enfermedad como discurso, es decir, la enfermedad se constituye en una forma de expresión que tiene significaciones y sentidos, mediante la cual se despliega una estructura subjetiva (Ramírez et al., 2017, 2019). En esta perspectiva, se hace posible reflexionar sobre las distintas formas en las que se puede presentar un discurso, entendiéndolo como expresión de una estructura subjetiva, pues la subjetividad no solamente se manifiesta a partir de lo dicho en palabras, sino que es posible a través de otros modos de comunicación que se materializan en el *cuerpo*, entre ellos, la enfermedad. Por eso, el sufrimiento humano y las maneras en que el individuo lo padece tienen una estrecha relación con el saber inconsciente que atraviesa a cada ser -premisa fundamental para el psicoanálisis-, el cual aparece de muy diversas formas e influye de manera decisiva en la relación que tiene el sujeto consigo mismo, con su cuerpo y con su enfermedad. Esto se explicita en lo propuesto por Ramírez et al. (2019):

Más allá de los nombres que puedan recibir los patrones de comportamiento humanos, lo que vale la pena resaltar es la idea de que la enfermedad es una forma (entre otras) de expresión del discurso del sujeto, con lo que se puede indagar por el *sentido de la enfermedad*, es decir, su intencionalidad. Ya conocemos la intencionalidad general de toda enfermedad: la de restablecer la armonía perturbada; ahora, al concebirla también como una expresión del discurso del sujeto, podemos indagar por los sentidos específicos, los propósitos que busca alcanzar, que tienen que ver con el contexto y la situación que está viviendo cada sujeto. De allí la importancia de conocer el *desde dónde* de los síntomas y el *hacia dónde* de los mismos, es decir, el momento en el que se originaron y la dirección (sentido) que toman hacia un determinado fin. (p. 103)

Se hace necesario retomar el concepto de cuerpo, cuya definición depende de la disciplina desde la cual se nombre. Según Hoyos y Zapata (1998) es posible diferenciar el cuerpo de la medicina del cuerpo del psicoanálisis: el primero suele estar asociado con los aspectos fisiológicos, en términos de sistemas de órganos, nervios, arterias que están completamente articulados y que son comprendidos a partir del ideal homeostático. Por su parte, el cuerpo del psicoanálisis toma en consideración otros elementos que se relacionan con aspectos subjetivos, vinculares e inconscientes, haciendo énfasis en la constitución de la imagen corporal, que no responde necesariamente al cúmulo de elementos orgánicos que lo constituyen. En esa medida, el énfasis está puesto en la imagen que cada sujeto construye de sí mismo, la cual poco a poco se inviste afectivamente (libidinalmente) y es atravesada por significantes que vienen de otros sujetos significativos, es decir, de las figuras que representan la ley, el lenguaje, el cuidado; de manera que se habla de un cuerpo “alrededor de cuyas partes se suscitan relatos” (p. 2), armándose a partir de “pedazos, de retazos” (p. 2) simbólicos (conscientes e inconscientes).

Lo hasta ahora expresado tiene una estrecha relación con los resultados obtenidos en las entrevistas, pues uno de los focos significativos señalado es la perspectiva que comprende la enfermedad y el cuerpo como un conjunto de sentidos y significaciones, de historias, de palabras, de saberes inconscientes, de intenciones, que permiten una comprensión más profunda de lo inminentemente humano al ir más allá de la mirada orgánica y fisiológica. En ese sentido, acercarse a la complejidad que atraviesan los fenómenos acaecidos en el contexto hospitalario implica poner en suspenso una aproximación fundamentada en protocolos estandarizados, en la

medida que son creados con base en ideales de curación en donde no existe lugar para el error y no se tiene en cuenta “la posibilidad de que un sujeto, en ocasiones, se oponga a esta normalización” (Hoyos, 2003, p. 135).

Ahora bien, aquello no significa que las intervenciones realizadas desde una perspectiva psicoanalítica no estén fundamentadas en un posicionamiento riguroso; al contrario, propenden a una construcción ética que permee el acompañamiento y la interacción con las personas que, en este caso, habitan el espacio hospitalario. Esto se relaciona con la propuesta de método psicoanalítico (Ramírez, 2012; Ramírez et al., 2017; Manrique, 2018) que comprende el psicoanálisis como un “método”, es decir, una manera de proceder, un camino, que al incorporarse se puede convertir en una forma de vida –una ética- que va más allá de los postulados teóricos que se obtienen al implementar dicho método, aunque también los toma en consideración. Desde esta perspectiva se define el psicoanálisis como “un método de análisis del discurso (método analítico) cuya especificidad es tener en cuenta las formaciones de lo inconsciente” (Ramírez et al., 2017, p. 231).

Si bien esta forma de comprender el psicoanálisis no es nombrada de manera explícita en las entrevistas, es posible relacionarla con los elementos que emergieron a lo largo de estas. Respecto a las intervenciones realizadas desde una orientación psicoanalítica, un elemento transversal a todos los entrevistados es el lugar privilegiado que tiene la escucha y el análisis de los elementos discursivos expresados por cada sujeto para que las intervenciones realizadas respondan a la singularidad de esa persona y no a las expectativas o prejuicios del psicoanalítico. Estos tres elementos (escuchar, analizar, intervenir) constituyen lo que Ramírez et al. (2017) nombran como el quehacer del analítico. En primer lugar, la escucha es definida como una actitud de disposición y apertura al discurso del otro para lograr percibir las distintas manifestaciones discursivas que aparecen en los elementos explícitos e implícitos -inconscientes-, “Resaltar la idea de la escucha como apertura es una forma de mostrar que se trata de un acto que va más allá del oír, y que involucra todos los sentidos: una situación se *escucha* con la piel, el olfato, el gusto, la mirada, los oídos” (p. 171).

Por su parte, el análisis del discurso hace referencia a los procesos de entender, criticar y contrastar (los cuales constituyen el método analítico¹) que permiten llegar a una comprensión de sus elementos constitutivos. Con entender se hace referencia a la captación del discurso del otro, “sintonizarse con la situación, aclarar el panorama, ver las relaciones, influencias, anclar en el

cuerpo, dimensionar” (Ramírez et al., 2017, p. 162). La crítica es la comparación realizada entre las diversas partes del discurso, “no consiste solo en hallar vacíos o contradicciones, es un proceso que permite captar la armonía que guardan sus enunciados” (p. 164). Finalmente, la contrastación implica relacionar las hipótesis, interpretaciones o intervenciones, con el discurso y devenir del sujeto, de manera que se pueda captar la pertinencia de las mismas y considerar la posibilidad de que las interpretaciones realizadas hayan sido pertinentes en un momento determinado, pero posteriormente deban ser revisadas. Como se nombró al principio del párrafo, el mencionado proceso de análisis lleva a la comprensión del discurso del otro, con esto se hace referencia a una resonancia con el cuerpo, la cual

comprende **un análisis inconsciente**, es decir, un proceso de separación (descomposición) del discurso en sus elementos básicos, así como de recomposición de los mismos de diversas formas, mediante nuevas asociaciones, que se lleva a cabo de manera no deliberada, como complemento del análisis consciente que se realiza. (Ramírez et al., 2017, p. 175)

Finalmente, la intervención hace referencia a todas las acciones, verbales o no verbales, “que se realizan a partir de lo escuchado y que producen un efecto sobre el otro” (Ramírez et al., 2017, p. 175). Ejemplos de esto puede ser una palabra, un señalamiento, un gesto que acentúa la emergencia de algún elemento significativo, una pregunta, el silencio que permite que el discurso del otro pueda desplegarse, etc. Frente a esta última forma de intervención, Soler (2023) refiere que el silencio del analista es un silencio de presencia, que se fundamenta en el distanciamiento entre su propia subjetividad y la dirección de la cura.

Tal distanciamiento es ampliamente mencionado por los entrevistados, haciendo referencia a la importancia de poderse despojar de la propia subjetividad para que el otro logre poner sobre él (transferir) su propio mundo de significantes; así, el analítico “se vacía para que el pa(de)ciente pueda ocupar el lugar de analizante y, en esa medida, verse a sí mismo” (Ramírez et al., 2017, p. 280), aspecto que previamente es nombrado por Freud (1912/1980): “El médico, no debe ser transparente para el analizado, sino, como la luna de un espejo, mostrar sólo lo que le es mostrado” (p. 117). Lo anterior tiene estrecha relación con el término de *neutralidad*, el cual señala que el analítico no sustituye la verdad del paciente por la suya propia, más bien se abstiene de sobreponer su discurso para poderle dar un mayor lugar a su palabra (Soler, 2023). El

mencionado término genera múltiples interpretaciones, algunas lo relacionan con una frialdad –y frivolidad- frente al discurso del otro y frente a su experiencia humana; sin embargo, la neutralidad que aquí se expone se relaciona más bien con un concepto retomado de la filosofía: la docta ignorancia.

Con *docta ignorancia* se hace referencia a la comprensión de que el saber sobre sí mismo está del lado del sujeto, no del analítico, a pesar de que el mencionado saber usualmente sea de naturaleza inconsciente: un saber no sabido. De esta manera, el paciente adquiere un lugar más activo en el proceso de conocer(se) y las intervenciones del psicoanalítico tienen el objetivo de “transmitirle un método que le permita acceder a ese saber reprimido” (Ramírez et al., 2017, p. 100). Por lo cual las interpretaciones, verbalizaciones o puntualizaciones realizadas tendrán el objetivo de generar múltiples sentidos que den paso a una mayor exploración de caminos y perspectivas, a diferencia de una intervención que esté mediada por la búsqueda de La verdad del paciente, pues desde una actitud de docta ignorancia se asume la existencia de múltiples verdades que solo le pertenecen al sujeto. Esto tiene estrecha relación con la forma de escucha que emerge a lo largo de las entrevistas, la cual implica que el psicoanalítico no se posiciona en el lugar de saber, sino que, “se reconoce ignorante sobre las alternativas o soluciones más adecuadas para un sujeto singular o grupal, puesto que no se considera modelo o paradigma” (Lopera, 2000, como se cita en Ramírez, 2019, p. 242); ahora bien, existe un saber que atraviesa tal ignorancia (la vuelve “docta”) que no alude a constructos teóricos, sino a la interiorización de un método -el psicoanalítico-, a un saber sobre su propio inconsciente.

Es a partir de esta actitud que el sujeto puede comenzar a verbalizar aquello que le acontece y a partir de allí emprender un trabajo analítico. Esta *verbalización* refiere al esfuerzo que hace la persona por simbolizar su experiencia a partir de su traducción a elementos lingüísticos, lo cual puede permitirle que la comprenda, tramite y modifique. Así, el paciente

retoma la elaboración de las imágenes primeras de la experiencia empírica (representaciones-cosa), las enlaza luego con signos lingüísticos (representaciones-palabra), establece múltiples y nuevas conexiones que permiten una comprensión mejor de la realidad (en algunos casos, un hacer consciente lo inconsciente) y redistribuye y articula los montos de afecto (factor pulsional) de tal manera que se logre una tramitación de los mismos o una descarga acorde con el ser del sujeto. (Ramírez et al., 2019, p. 23)

Esto va teniendo efectos de responsabilización en los sujetos debido a que participan de manera activa en su proceso de análisis, lo cual señala que cada uno debe trabajar en la construcción del saber que necesita para hacerle frente a su existencia y a aquello que le hace sufrir, y, a partir de ahí, tomar decisiones que respondan a sus deseos (Ramírez, 2012; Ramírez et al., 2017). En el caso de la experiencia hospitalaria, siguiendo lo dicho por los entrevistados, la responsabilización también corresponde a uno de los pilares de la intervención psicoanalítica, en tanto se busca que el sujeto pueda analizar su enfermedad, las circunstancias que le rodean, la manera cómo simboliza su cuerpo y se relaciona con él, que pueda reconocer sus posibilidades, sus deseos e intenciones, la forma cómo se ha vinculado con sus seres queridos cercanos; en últimas, que pueda singularizar y reconocer, a partir de su discurso, aquellos elementos que atraviesan su subjetividad, para lograr un posicionamiento más activo frente a su propio devenir en la existencia (Lopera, 2001). En suma, tal como propone Soler (2023) “Esta es, por lo tanto, la principal invariante del psicoanálisis: su dispositivo de palabra” (p. 25).

Lo anterior da paso a una reflexión expuesta por los entrevistados sobre la presencia del psicoanálisis en contextos institucionales, en este caso, hospitalarios, sin que aquello implique dejar de lado la rigurosidad del psicoanálisis y los elementos que le son característicos, entre ellos, ser un dispositivo de la palabra. Hoyos et al. (2018) retoman la afirmación freudiana para pensar la posible aplicación del psicoanálisis al ámbito de lo público e institucional: “también es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia a las masas nos veamos precisados a alear el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa” (Freud, 1919/1986, p. 163). Estos autores señalan que la perspectiva con la que usualmente se comprende la mencionada premisa acepta la utilización de “la sugestión directa” con el objetivo de responder a las demandas de eficiencia dictadas por el contexto (rapidez, costos reducidos, etc.), las cuales en sí mismas corresponden con otras formas de “cobre” con las que el analítico se encuentra. Sin embargo, Freud separa de manera manifiesta la utilización del “cobre de la sugestión” y “el oro del psicoanálisis”, por tanto, es posible concluir que el uso del primero implica que no se esté llevando a cabo una práctica psicoanalítica rigurosa; parece entonces que la aplicación del psicoanálisis en contextos distintos al dispositivo freudiano conlleva una especie de “degradación” del psicoanálisis.

Ahora bien, Hoyos et al. (2018) proponen que es posible un camino alternativo que se sirva “de la maleabilidad del oro puro mediante el uso de variados dispositivos sin que se pierda la estructura del psicoanálisis” (p. 19). Así visto, no es necesaria tal degradación, pues la aplicación en contextos fuera del dispositivo freudiano, tales como el hospitalario, es posible dada la maleabilidad del psicoanálisis riguroso que no se caracteriza por lo que ellos nombran como “lo imaginario del dispositivo”, es decir, el privilegio otorgado a aspectos como el consultorio particular, la frecuencia y duración de las sesiones, el uso del diván, “sin percatarse que lo esencial radica en la estructura que se juega en el dispositivo mismo, independientemente del lugar donde se escenifique” (p. 19), lo cual, regresando a Soler (2023), podría resumirse en ser un *dispositivo de la palabra*. Esta posición coincide con la de Ramírez (2012), Ramírez et al. (2017) y Lopera (2016) puesto que diferencian método psicoanalítico de dispositivo freudiano, indicando con ello que los dispositivos de aplicación del psicoanálisis son múltiples.

González Menéndez (2004) propone también una reflexión acerca de la vigencia del psicoanálisis en diferentes contextos que van más allá del lugar donde tradicionalmente opera. Afirma que el psicoanalítico debe estar atento al malestar que atraviesa la sociedad, interpretarlo y señalarlo; por lo que, el trabajo en espacios públicos y sociales permite una mayor aproximación a lo real que se busca abordar en la experiencia psicoanalítica: “Ese real que invade lo cotidiano de los pacientes y las situaciones experimentadas fuera del diván (...) atravesado por un proceso desorganizador de des-subjetivación y corporizado por una precariedad de recursos simbólicos” (p. 36). Así, los dispositivos de actuación del psicoanalítico deberán responder a las nuevas demandas, problemáticas y sufrimientos que dejan de lado la función de la palabra y atraviesan el cuerpo, la subjetividad y los lazos sociales; esto también implica construir nuevas redes de interacción con otras disciplinas. Tal forma de comprender el psicoanálisis, como algo siempre inacabado y dispuesto a rectificar, cambiar, contrastar y construir nuevas teorías, estuvo presente desde sus inicios, pues Freud a lo largo de su obra reconoció la necesidad de asumir una actitud indogmática dispuesta a responder a las singularidades de la época: “El psicoanálisis puede determinarse entonces, como algo siempre inacabado, talvez, a manera del inconsciente, algo que no cesa nunca de inscribirse” (González Menéndez, 2004, p. 38).

Tal posición indogmática también hace parte esencial de la formación del psicoanalítico, en tanto resulta un elemento imprescindible para captar de manera desprejuiciada la singularidad de cada sujeto –individual o plural-. En esa medida, la posibilidad de escuchar las formaciones de

lo inconsciente está directamente relacionada con la capacidad de apertura del analítico, lo cual depende de su propio proceso de análisis que da paso a una depuración de sus prejuicios:

un examen cuidadoso de las creencias, los hábitos y, en general, del modo de ser que se ha ido forjando a lo largo de nuestra existencia, la mayoría de las veces sin que seamos conscientes de las razones que nos llevan a sostener ciertas posiciones o a actuar de determinadas maneras. (Ramírez et al., 2017, p. 302)

Lo anterior tiene estrecha relación con lo nombrado por los entrevistados respecto a la formación del psicoanalítico, la cual comienza por su propio análisis, es decir, “un trabajo sobre su propio discurso, que posibilita un saber sobre sí y que determina en gran medida qué tan lejos puede llevar el análisis discursivo que realiza” (Ramírez et al., 2019, p. 29). En ese sentido, aquellos aspectos de su discurso que no han sido analizados pueden significar límites u obstáculos para el alcance del análisis que acompaña, “Esos puntos ciegos, no resueltos en su discurso, harán obstáculo al fluir del análisis del discurso del paciente y podrán llegar incluso a hacer síntoma en el terapeuta” (Ramírez, 2012, p. 107). En palabras de Freud (1912/1980):

No puede tolerar resistencias ningunas que aparten de su conciencia lo que su inconsciente ha discernido; de lo contrario, introduciría en el análisis un nuevo tipo de selección y desfiguración mucho más dañinas que las provocadas por una tensión de su atención consciente. Para ello no basta que sea un hombre más o menos normal; es lícito exigirle, más bien, que se haya sometido a una purificación psicoanalítica, y tomado noticia de sus propios complejos que pudieran perturbarlo para aprehender lo que el analizado le ofrece. (p. 115)

Esto se relaciona estrechamente con la aplicación y posterior *incorporación* del método psicoanalítico, es decir, con la construcción de una posición ética que implique, en principio, haber pasado por el propio cuerpo un proceso analítico, para que este se convierta en una forma de proceder, una manera de relacionarse con la existencia que permitirá aprehender el mundo y los discursos analizados de manera más desprejuiciada, teniendo cada vez más en cuenta los elementos singulares y peculiares, y poderlos relacionar también con aquellos aspectos compartidos con otros (particulares o universales). En suma, aquello que se incorpora conlleva

una transformación “no necesariamente porque se sustituya sino porque el mero hecho de haber sido analizado, consciente o inconscientemente, hace que la forma como opera en nuestra vida sea diferente” (Ramírez et al., 2017, p. 166).

A modo de conclusión, la intervención desde una posición psicoanalítica en el contexto hospitalario pretende que el sujeto pueda hablar de aquello que le acontece y que el psicoanalítico pueda posicionarse como una presencia simbólica que permita la aparición de lo abrupto u horroroso que subyace a la enfermedad (Herrera, 2012). Por lo tanto, la apuesta del psicoanalítico es recuperar el cuerpo subjetivo del paciente, el cual suele dejarse de lado a causa del lugar privilegiado que se le otorga al cuerpo fisiológico; así, para responder a la denegación del enigma, la duda, la palabra... el psicoanálisis, por medio de su escucha analítica desprejuiciada, busca dar cabida al silencio, a la soledad, al dolor, a la angustia, a la reflexión; y pretende devolverle el nombre propio a cada sujeto, su singularidad, más allá de su diagnóstico o de la cama “x” donde se encuentra:

El psicoanálisis, como clínica de la palabra, busca situarse en la intersección de otros discursos, busca un espacio posible donde desarrollar la clínica de lo imposible, la clínica de lo Real, es decir, tener la posibilidad de devolverle al sujeto la envoltura imaginaria y simbólica de su cuerpo sobre lo real de su enfermedad, para poder hacer un retorno del cuerpo medicalizado al cuerpo erogeneizado. (Herrera, 2012, p. 128)

Así, cuando el enfermo logra simbolizar aquello que le ocurre desde un lugar diferente, ya no como una víctima sino como un sujeto deseante, con capacidad de asumir un lugar activo, se abren nuevos caminos de subjetivación de la enfermedad. Esto es posible siguiendo la regla fundamental del psicoanálisis, que el paciente hable y el analítico escuche; esto último significa poder “acompañar, estar presente, saberse expuesto” (Herrera, 2012, p. 129) a la palabra del otro. Todo esto es viable en un contexto que se aleja del imaginario que reduce al psicoanálisis a un espacio concreto (diván, consultorio particular, etc.), debido a que se trabaja desde sus fundamentos, más allá de las múltiples variaciones técnicas, los cuales también se pueden aplicar en espacios y circunstancias diversas, incluido el espacio hospitalario:

No se trata de ortodoxismos, tampoco de arriesgados eclecticismos, no se trata de la aplicación de técnicas como ritos o de la readaptación del individuo al conjunto social, no

es una clínica de fórmulas y reglas, es más bien hablar de un sujeto sometido al mundo del deseo, sometido al exterior regido por el lenguaje en medio de una situación contingente o azarosa como lo puede ser la salud, la enfermedad, los accidentes y la muerte. (Herrera, 2012, p. 129)

Capítulo Cuarto. Sobre la Eficacia

En este último apartado se expresan las consideraciones relacionadas con la eficacia que surgieron de las entrevistas. Se encontrará dividido en tres segmentos: 1) Se comenzará con el abordaje de los ideales de eficacia que corresponden con las lógicas de la época actual, los cuales no concuerdan con la comprensión de eficacia desde el psicoanálisis, temática desarrollada posteriormente. 2) En segunda instancia se hablará de cómo se comprende la eficacia desde el psicoanálisis, que influye directamente en la manera en que se interviene. 3) Finalmente, se expondrán los efectos que la ética e intervenciones psicoanalíticas posibilitan, tanto para los pacientes, los demás profesionales, la institución hospitalaria y el psicoanalista mismo.

Ideal de Eficacia

“El discurso capitalista de buscar hacer más con menos. O sea, más cobertura con menos recursos, más población impactada con menos horas profesionales” (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Por medio de las entrevistas fue posible explorar los ideales de eficacia que suelen dirigirse a los profesionales de la salud, incluyendo a los psicólogos. Concepción que responde a las lógicas de la época actual, las cuales están marcadas por una forma de mercado capitalista, políticas neoliberales e imperativos de consumo. En esa medida, la eficacia en el contexto hospitalario suele ser asociada con la obtención de resultados, en palabras de una de las personas entrevistadas, “lo más pronto posible, al menor costo posible” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

Esta forma de proceder implica una apuesta por la eliminación de ciertos síntomas por medio de intervenciones rápidas, que no dan oportunidad a los pacientes de interrogarse ni responsabilizarse de su proceso de salud-enfermedad ni de la posición singular que han asumido. Por ende, una intervención psicológica sería eficaz en tanto logra que un paciente acepte un procedimiento, deje de lado algún hábito o se adhiera a su tratamiento: “si el psicólogo logra eso que el hospital le pide, entonces es eficaz, voy a ser atrevido: no importa cómo” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). Sumado a esto, la eficacia propendería a la creación e implementación de fórmulas o técnicas preestablecidas, cuyos resultados sean rápidos, masivos y

de bajo costo, no solo en términos económicos, sino también en términos subjetivos, es decir, sin que haya un esfuerzo por parte de los pacientes por construir un saber sobre sí mismos.

Lo anterior implica que los profesionales hagan uso de las mencionadas estrategias estandarizadas, cuyo propósito estaría dirigido a responder a las demandas externas al paciente, dejando de lado la indagación de los elementos particulares de cada paciente y la construcción singular de la demanda. La contracara de esta forma de proceder está en el acallamiento de los pacientes, del saber que tienen sobre sí mismos, de la función que cumplen esos síntomas para su vida, de la relación que han construido con su enfermedad, con el dolor y con su cuerpo. En últimas, se utilizan medicamentos e intervenciones que silencian el discurso subjetivo de los pacientes, y quizá lo que subyace a esto no solo es la importancia que el contexto institucional le otorga a la productividad y a las ganancias económicas, sino también la dificultad del profesional para relacionarse con aspectos de lo humano que lo confrontan; en esa medida, detrás de los ideales de eficacia está un intento de eliminar el malestar, del paciente y del profesional, quien “se ocupa de la enfermedad, pero no del enfermo” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

Sin embargo, esta forma de proceder “termina siendo más costosa en términos institucionales, porque esos pacientes que no son tomados en su singularidad se vuelven refractarios a los programas de promoción y prevención” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), o reinciden de forma recurrente a los servicios de salud debido a complicaciones de sus patologías orgánicas. Además, esta lógica de estandarización conlleva implícitamente un ideal de curación, de bienestar y subjetividad al que todos los pacientes deberían aspirar, por lo cual, aquellas personas que toman decisiones contrarias a lo “esperado”, se convierten en una problemática que sobrepasa las capacidades del contexto hospitalario. El psicoanálisis presenta otras posibilidades de abordaje que permiten entender de manera más profunda y desprejuiciada la realidad de cada sujeto, comprobando que el sufrimiento humano no puede ser reductible a un algoritmo cuantificable, “y mientras eso sea posible de demostrar, el psicoanálisis persiste” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

La Eficacia Desde una Mirada Psicoanalítica

“Entonces, ¿la eficacia para quién?” (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Las personas entrevistadas coincidieron en que, a partir del psicoanálisis, la eficacia se comprende desde una perspectiva diferente, bajo la cual no se prioriza la rapidez en la consecución de un resultado general “que aplica para todos” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), y tampoco se mide con estándares preestablecidos que suponen un direccionamiento en la intervención aun antes del encuentro con cada paciente. En palabras de una de las personas entrevistadas: “la eficiencia es un término que se mide en tiempo y en dinero, el psicoanálisis sin duda no es eficiente, pero es eficaz. Es eficaz porque produce efectos” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

La eficacia, entonces, se relaciona con los distintos efectos que surgen del encuentro singular con cada paciente. Es decir, “el psicoanálisis es eficaz en términos de lo que para cada sujeto signifiquen los efectos terapéuticos y los efectos analíticos en el encuentro con un analista” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). Además, estos efectos no pueden ser predeterminados, aun cuando se intenten predecir para un caso singular, pues se advierte que la manera en que el otro comprende las intervenciones, escucha las anotaciones o señalamientos y simboliza el encuentro con el analista será algo del orden de lo inédito, resultado de la constitución psíquica de cada paciente, que está fuera de lo calculable; es por ello que el impacto de las intervenciones realizadas, los efectos que estas pueda llegar a tener –o no-, si bien pueden ser considerados previamente, aún esperados, y ser posteriormente contrastados con las interpretaciones realizadas, difícilmente podrán ser calculados.

Así visto, los resultados obtenidos pueden distanciarse de los ideales de salud y expectativas de curación, y seguir siendo considerados eficaces, en tanto responden al devenir singular de cada paciente, a la construcción de su propio saber y a la forma cómo se relaciona con su deseo, con su enfermedad y su posición frente a la vida. Un ejemplo de esto es cuando un paciente, tras haber analizado su discurso, reafirma una decisión subjetiva respecto a la interrupción de algún tratamiento. En esa medida, la lógica de estandarización que suele permear la eficacia es eliminada, “no es un: para todos” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), priorizando los efectos que van en vía a la lógica discursiva de cada uno. Sin embargo, también ocurre que los efectos producidos por los encuentros analíticos favorecen los objetivos de la institución hospitalaria: “A veces coinciden las cosas, porque un paciente menos enredado con su enfermedad suele estar hospitalizado por menos tiempo, favoreciendo el recibimiento de nuevos

pacientes, lo cual tiene implicaciones incluso a nivel económico” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

No existe un "deber ser" impuesto por el analista, quien tampoco garantiza una forma de resultado específico. La eficacia desde el psicoanálisis radica en disponer una forma de escucha que posibilite a los sujetos construir algo de su propio saber y del lugar que ocupan en relación con su padecimiento; lo cual podría conllevar una disminución del malestar y un cambio de posición que, nuevamente, responda a la propia subjetividad y no a las expectativas externas. De esta forma, se busca que el paciente “pueda interrogar la relación con su cuerpo, con la enfermedad, es decir, ¿qué ha hecho él o ella, bien sea para ocasionar, mantener o dificultar la curación de su enfermedad?” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), es cuando emergen este tipo de preguntas y reflexiones sobre sí mismo que aparece la posibilidad de movilizarse, de hacerse nuevas preguntas, de construir un saber sobre sí mismo, de tomar decisiones diferentes o reafirmar de manera consciente las previas y de habitar una posición distinta en la relación que tiene con su vida, su padecer y su muerte. Además, se puede generar un alivio subjetivo del malestar, en tanto aparece un espacio dónde nombrar ese sufrimiento, el cual es escuchado de manera desprejuiciada por otro. En esa medida, habría sido eficaz:

La eficacia que puede producir un análisis, sea en el contexto hospitalario o en el contexto del dispositivo. siempre apunta a un cambio de la posición del sujeto. En el caso del paciente hospitalizado por enfermedad médica general, entonces es que pueda interrogar su posición frente a la enfermedad. (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Los Efectos de la Intervención Psicoanalítica

“Parece que algo, sea mucho, sea poco, algo se hace: por los pacientes y por uno, porque eso va de parte y parte” (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Al hablar de eficacia en el psicoanálisis se hace necesario reflexionar sobre los mencionados efectos que la delimitan: qué tipo de efectos se producen, cuáles son sus alcances, qué los propicia. Se encontró que estos pueden aparecer en los pacientes, en el personal médico, en la institución hospitalaria y en el psicoanalista mismo. Con respecto a los pacientes, emergió la concepción de “efectos terapéuticos” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), los cuales

se relacionan con una disminución de malestar, una producción de saber (“darse cuenta”) o una movilización subjetiva;

a veces el efecto es terapéutico en términos de que algo se resuelve para el paciente, o de que su sufrimiento mengua un poco, pero también hay efectos en términos de cierta apertura, querer saber sobre lo que le pasa, de cierto cambio de posición subjetiva. (Entrevistado, comunicación personal, 2023)

Una premisa fundamental es que tales efectos no surgen a partir de medios sugestivos en los que se utiliza la transferencia del paciente para direccionarlo a un lugar concreto constituido por ideales de salud y curación. Los efectos que el psicoanálisis propicia emergen de la palabra, es decir, del espacio de escucha desprejuiciada y libre que se ofrece a los pacientes, quienes, tras hablar de su malestar, pueden sentir un alivio del mismo. También los efectos terapéuticos pueden resultar del trabajo analítico de los sujetos, es decir, de su disposición a elaborar, por medio de la palabra, la situación que los atraviesa, o reflexionar sobre posturas que han asumido de manera continua sin darse cuenta, con lo cual “se produce un movimiento a partir del saber que se va construyendo y ese movimiento hace que no vuelva a estar en ese lugar” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

En suma, la intervención psicoanalítica permite la producción de efectos inéditos que se pueden ejemplificar con comentarios de los pacientes tales como, “nunca había pensado eso de ese modo”, “nunca me había preguntado esto”, “tenía alguna idea al respecto, pero nunca lo había dicho de esa forma”, “esto me está haciendo mucho daño y yo sí quisiera pensar, ¿a mí por qué me pasa esto?” (Entrevistado, comunicación personal, 2023), preguntas que no están necesariamente ligadas con el motivo de interconsulta inicial, lo cual señala la construcción de una demanda subjetiva. En esa medida, a partir de las devoluciones o señalamientos del analista, el paciente logra simbolizar o interpretar de manera distinta aquello que usualmente ha repetido sin reflexión alguna y darse cuenta de un saber del que no era consciente, “cuando hay alguien que lo escucha de un modo totalmente distinto al que siempre ha sido escuchado, puede producir esos efectos” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

Con relación a los efectos en el personal médico, en primer lugar, aparece una mayor apertura a escuchar la subjetividad de los pacientes, “cuando los médicos empiezan a constatar

que las apreciaciones e interpretaciones van correspondiendo con la realidad y tiene efectos en los pacientes, empiezan a escuchar” (Entrevistado, comunicación personal, 2023). Es decir, el lugar que el psicoanalítico va construyendo dentro del equipo profesional del hospital es posible debido a la pertinencia que sus apreciaciones e intervenciones tienen al momento de abordar las diferentes situaciones emergentes, y tras lograr ser escuchados, también los demás profesionales reconocen la importancia de darle paso a esos otros aspectos del paciente que van más allá de lo orgánico. De esta manera, se tienen en cuenta el concepto del psicoanalítico al tomar decisiones importantes referidas a tratamientos o intervenciones, se escucha el discurso y se respetan las elecciones de cada paciente: se reconoce al cuerpo más allá del órgano y se “derriban creencias, a veces muy arraigadas, que viene del discurso de la ciencia, como que todo sea objetivo, medible, y se le comienza a dar un lugar importante a la escucha” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

En cuanto a los efectos dentro de la institución hospitalaria, se logra reconocer la importancia del acompañamiento psicológico dentro de este contexto, por lo que en algunos hospitales se amplían las plazas para estos profesionales, se realizan más interconsultas y se modulan las demandas de estandarización de los sujetos en tanto se reconoce la escucha de las singularidades como una herramienta valiosa para la consecución de sus objetivos. La posición psicoanalítica no busca responder a las demandas económicas y productivas del medio; sin embargo, es posible observar efectos en esas vías, pues se reduce los casos de reincidencia, se realizan procedimientos de alto riesgo de manera más responsable en tanto se tuvo en cuenta la subjetividad del paciente, se logra acoger su sufrimiento y acompañarlo en la construcción o reafirmación de sus decisiones, “yo creo que eso sí ha tenido un efecto, se han dado cuenta que la escucha no es una cosa de la que se pueda prescindir” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

Finalmente, los efectos relacionados con el psicoanalista surgen en dos vías: la primera refiere a las implicaciones que su propio análisis ha tenido en las distintas esferas de su vida, por ejemplo, en la construcción de una posición ética que genera una sensación de tranquilidad en tanto está guiada por el reconocimiento del propio deseo y la manera cómo influye en la decisión de habitar el contexto hospitalario desde una perspectiva psicoanalítica. La segunda se relaciona con los efectos que el trabajo en el hospital tiene para la propia subjetividad, “esa experiencia del hospital, lo que brinda eso, los aciertos, los errores, los enigmas, todo eso, se apropian a la vida,

tanto profesional como personal. No queda solo allá, no es como que apagar y prender” (Entrevistado, comunicación personal, 2023).

Análisis

Siguiendo a Braunstein et al. (1982), la delimitación de la salud como una conducta normal-adaptativa propuesta por la medicina, y aceptada también por la psicología, conlleva un relato implícito que vincula lo saludable con lo socialmente aprobado; en esa medida, un sujeto es “saludable” cuando encarna las expectativas del entorno en que se desarrolla:

Tenemos ya todas las cartas en la mano para saber quién es el sujeto sano-adaptado-normal. Quien ha recorrido sin inconvenientes el proceso de sujetación, quien asimiló las normas imperantes en cada uno de los aparatos ideológicos del Estado, quien ha reprimido pulsiones y renunciado a otra realización del deseo que la inofensiva del soñar, quien se ha identificado con la ley hasta el punto de que ésta actúa desde el interior y no requiere de coerción exterior, quien se vuelca productivamente sobre la realidad exterior sin cuestionarla. (p. 390)

A partir de tal comprensión de la salud y enfermedad, la constitución del rol del psicólogo estaría relacionada con la búsqueda de cambios en los sujetos, en sus discursos, conductas y formas de relacionarse, cuyo objetivo implícito –y en algunos casos explícito- es la consecución de un individuo adaptado al contexto donde se desenvuelve. Sin embargo, Ramírez (2012) advierte que las lógicas de estandarización, universalización y normalización que buscan delimitar lo humano con el objetivo de regularlo con una mayor eficiencia, se encuentran siempre con singularidades que se resisten y dificultan tales lógicas de control.

Tal como se expuso en el segundo capítulo (Construcción del Rol), es posible asumir el rol por medio de la reflexión de aquellos presupuestos y funciones socialmente asignadas, habitando una postura política que se permita cuestionarlas y transformarlas. En esa medida, analizar tales presupuestos de eficacia, se convierte en un elemento *sine qua non* para asumir un posicionamiento y formas de intervención más éticas, que respondan a las premisas psicoanalíticas tales como una escucha desprejuiciada, el respeto por la singularidad y diversidad, y el alojamiento de las muy diferentes formas de sufrir que atraviesan la experiencia humana,

características observadas en la propuesta de eficacia nombrada por los entrevistados que emerge desde el psicoanálisis.

Así visto, asumir nuevas formas de comprender la salud y la enfermedad tiene implicaciones directas en la manera cómo se delimita la eficacia, por lo cual se abordará una conceptualización que se aproxima a lo observado en las entrevistas y que resulta coherente con lo propuesto en este trabajo de investigación: Lopera (2011, 2016) desarrolla el concepto de *salud psíquica*, haciendo énfasis en la noción de “psique” (alma), comprendida como cultura encarnada, es decir, como el resultado del encuentro entre las potencialidades biológicas propias del organismo humano y el proceso de incorporación de una cultura y entorno afectivo, permeados por el lenguaje, formas de relacionamiento y normas; elementos que permiten desplegar y construir nuevas potencialidades. Ahora bien, si solo se toman en consideración los dos elementos nombrados (biológico y cultural) parecería que los sujetos solo estarían sujetos a aquello que les preexiste; sin embargo, hay un tercer elemento interviniente: el azar, que se presenta en forma de contingencias singulares, circunstancias que no están predeterminadas y que abren la posibilidad de elegir, de tomar decisiones.

Así pues, la salud psíquica está delimitada por la capacidad del ser humano de desplegar sus potencialidades biológicas y discursivas por medio de la socialización con la cultura, y desarrollar nuevas potencialidades gracias a la posibilidad de tomar decisiones libremente, aun contando con las determinaciones. De esta manera, al hablar del “despliegue de las potencialidades” se hace referencia a la construcción de nuevas formas de relacionarse con la vida que permitan encontrar una armonía con el propio ser, a partir del reconocimiento de aquello que atraviesa a los sujetos -de manera consciente o inconsciente- y los motiva a tomar o no ciertas decisiones, lo cual conlleva una responsabilización sobre las propias acciones, y más aún, sobre su salud y enfermedad.

Lo anterior puede ejercitarse a lo largo de la vida, aplicando así la sabiduría práctica -cuidado del alma-, que tiene como consecuencia no solamente una transformación individual, sino también del medio circundante; es decir, la salud psíquica también conlleva una postura crítica frente al contexto cuando este coarta el despliegue de sí y de los otros:

Esta es la paradoja de vida: deviene (cambia) para poder ser. Por estas razones, devenir, desplegarse, actualizar las propias potencias, ha de contar no solamente con nuestras

propias normas internas, sino también con el entorno humano y ecológico que nos rodea. (Lopera, 2012, p. 70)

En ese sentido, la sabiduría práctica es entendida como el despliegue alegre y armónico del ser, es decir, el hombre saludable es quien puede desplegar sus propias potencialidades a través de la *epimeleia heautou*, que Foucault traduce como responsabilización, cuidado e inquietud de sí. El despliegue de sí es resultado de lo que Canguilhem (1982) propone como salud o normalidad, que se comprende como la capacidad de instituir nuevas normas que den paso a una mejor adaptación a las condiciones que la vida impone; o poder cambiar, en algunos momentos, las condiciones impuestas por la vida, al menos parcialmente. En esta medida, lo saludable “define determinada disposición y reacción de un organismo individual frente a posibles enfermedades” (p. 102). La salud sería equivalente a la disposición de un sujeto para transformar su propia vida y medio circundante, permitiendo el despliegue de sí y de los otros.

Bajo esta concepción de salud, es posible reflexionar que los efectos buscados desde una perspectiva psicoanalítica son de tipo ascético, es decir, producir transformaciones subjetivas que estén fundamentadas en un proceso de cuidado y constitución de sí, en una elaboración de aquellos aspectos que guían las decisiones de cada uno y caracterizan la relación consigo mismo (Ramírez et al., 2019). De esta forma, se procura que los sujetos puedan asumir un lugar activo en la consecución de las diversas respuestas a sus problemas e inquietudes, que la modificación de su subjetividad y su entorno no depende de la intervención de un “experto”, sino que le sea posible explorar una actitud reflexiva, crítica y analítica sobre sí mismo. Este propósito ascético tiene estrecha relación con la moderación del sufrimiento, la cual, siguiendo a Ramírez (2012), puede comprenderse como el cambio en el modo de sufrir –no en la eliminación radical de todo sufrimiento-, la transformación de la actitud ante este, el reconocimiento de aquellos aspectos subjetivos que lo mantienen, crean o necesitan, y la posibilidad de “eliminar el sufrimiento de más (sufrir porque se sufre)” (p. 104). Con esto último se hace referencia a una parte del sufrimiento que es consecuencia del mismo sufrir y de la incapacidad de cada sujeto de asumir su responsabilidad ante este: “Sufrimos porque sufrimos, y nuestra queja -que es un reproche al Otro por hacernos sufrir- incrementa aún más este dolor” (p. 51).

Posibilitarle a los sujetos un espacio de análisis y construcción de saber sobre su enfermedad está estrechamente vinculado con el cuidado de sí, implicando un efecto de

responsabilización de sí mismos, de su propio devenir y del lugar activo que ocupan en las circunstancias de su vida. Es a partir de allí que puede darse también un efecto de moderación del sufrimiento -que según la propuesta freudiana sería un efecto secundario-:

La moderación del sufrimiento pretende en primer lugar terminar este goce suplementario, excedente. *Moderación* quiere decir *modación*, *modalización*, *modulación*; esto es, cambiar el *modo*, la manera como el sujeto vive el sufrimiento. Se trata de un cambio en la posición subjetiva frente al goce. Esta transformación se logra mediante la *responsabilización*: que el sujeto admita el hecho de que hay un sufrimiento inevitable y lo asuma así, pero también enfrente el sufrimiento evitable y lo que puede hacer para cambiarlo, si esa es su voluntad. (Ramírez, 2012, p. 51)

Esto permite concluir que no existe un fin terapéutico concreto, pues la intervención desde el psicoanálisis no propende a una eliminación de los síntomas o a la adaptación de los individuos a una forma de subjetividad predeterminedada; además, ya Freud (1913/1980) advertía la imposibilidad de determinar de manera exacta los efectos producidos en un proceso analítico, pues, a pesar de que el psicoanalítico lo supervise, analice y acompañe, “una vez iniciado, sigue su propio camino y no admite que se le prescriban ni su dirección ni la secuencia de los puntos que acometerá” (p. 132) . En esa medida, los fines ascéticos estarían posibilitados por el análisis, el cual “Para Freud, el análisis consiste en hacer consciente lo inconsciente, lugar de la causa” (Hoyos et al., 2018 p. 16) y poder llevar a la disminución de ciertos síntomas como un efecto “secundario” del proceso analítico,

es necesario que sea en la escucha de cada uno de los pacientes donde cada quien se vea con ese factor de riesgo que lo lleva más allá de un placer y que lo pone de cara a la muerte (...) El saber que pueda obtener cada paciente sobre su particular forma de satisfacción, saber que por lo general se encuentra velado para el paciente mismo, es lo que en última instancia le permitirá distanciarse de ese factor de riesgo, acoger determinado hábito de vida saludable o incluso desligarse de una herencia enfermiza. (Hoyos et al., 2003, p. 138)

Tal comprensión de la eficacia es consecuencia de la propia experiencia de análisis por parte del psicoanalítico, pues este permite constatar que no hay tal cosa como un bien supremo, que no es posible brindarle fórmulas mágicas para que el otro consiga su completud y felicidad (Hoyos et al., 2018). Así, parte de los efectos del psicoanálisis es que el psicoanalítico pueda estar dispuesto a descubrir nuevos aspectos en la singularidad de las personas y pueda posicionarse desde una ética que no intente gobernar a los otros, sino acompañarlos en su proceso de saber sobre sí mismos, que puede dar paso a una mayor responsabilización y también, quizá, a una moderación del sufrimiento. Ya Freud (1912/1980) advertía las implicaciones del propio análisis cuando afirmaba:

Quien sepa apreciar el elevado valor del conocimiento de sí adquirido con tal análisis, así como del mayor autogobierno que confiere, proseguirá después como autoanálisis la exploración analítica de la persona propia y tendrá la modestia de esperar siempre nuevos hallazgos tanto dentro como fuera de él mismo. (p. 116)

Consideraciones Finales. La Construcción del Rol Del Psicólogo con Orientación Psicoanalítica en el Contexto Hospitalario: Una Posición Ética

Para concluir retomaremos algunas de las temáticas abordadas a lo largo del presente trabajo, con el objetivo de proponer una visión reflexiva que dé cuenta de algunas construcciones realizadas que emergieron de todo este proceso.

En principio, consideramos que la construcción del rol del psicólogo de orientación psicoanalítica es una apuesta ética: a partir de la existencia de ciertas premisas que intentan caracterizar su forma de actuación en el contexto hospitalario, la manera en que el profesional asume y dialoga con las circunstancias y discursos que le rodean estará siempre permeada por su singularidad. De esta manera, es posible nombrar el rol como una construcción, consciente e inconsciente, que se va logrando a lo largo de la interacción con otros, y es ética porque refiere a una forma de proceder, de actuar, de relacionarse con los otros y consigo mismo que va a tener implicaciones directas en su manera de intervenir.

Para Ramírez (2012), “la ética es una respuesta a la pregunta ¿qué hacer?” (p. 180); ahora bien, es posible que esta respuesta pueda darse de manera natural, sin una reflexión subyacente, razón por la cual un elemento fundamental para que pueda ser ética es que haya pasado por un proceso de análisis y reflexión. Es decir, el modo de vivir se constituye en un proceder ético cuando está mediado por una actitud reflexiva que permite cuestionar sus fundamentos, convertir los pre-juicios en pre-supuestos, y explorar, cada vez con mayor profundidad, los valores que le son intrínsecos. Esto implica que la construcción del rol de psicólogo -no la aceptación ingenua del mismo- es resultado de un proceso de análisis constante, convirtiéndose así en un rol ético.

Teniendo en cuenta la importancia del análisis para la construcción ética del rol, creemos que en la mencionada definición debe hacerse un mayor énfasis no solo a la consecución de una respuesta -la llegada a un fin o meta-, sino a la disposición de cada sujeto para formularse la pregunta ¿qué hacer?, que inevitablemente lleva a otras preguntas (¿por qué hacerlo? ¿para qué hacerlo? ¿cómo hacerlo?, entre muchas otras), las cuales son el motor para crear nuevos aprendizajes, para disponerse a que la respuesta no emerja de manera inmediata o absoluta, sino que pueda ser siempre modificada en tanto el análisis y contrastación muestran que ya no resulta tan pertinente para las nuevas circunstancias de la vida y el contexto; finalmente, permiten

incorporar la actitud de docta ignorancia que toma siempre en consideración al otro como un interlocutor válido -así la meta no sería un punto en concreto, sino el camino en sí mismo-.

La ética, entonces, está estrechamente ligada con la responsabilización, la cual hemos definido, retomando a Ramírez (2012), como asumir el propio deseo -y el propio sufrimiento-. Esto es, aceptar la existencia de circunstancias en la vida que generan malestar y no pueden ser modificadas, pero, reconocer la posibilidad que cada sujeto tiene de asumir una postura propia ante estas; a la vez que se identifiquen aquellas situaciones que puedan transformarse y actuar en consecuencia con ello. En palabras del autor:

El ejercicio de la libertad y la responsabilidad no está supeditado al logro de resultados: intentar lo que se desea y quiere, poner en ello todo el empeño y hacer lo mejor que las circunstancias permitan es suficiente para todo aquel que privilegie el proceso, el camino y no solamente las metas; esta dialéctica entre los medios (el proceso) y los fines u objetivos permite una actitud distinta frente a lo que algunos llamarían fracaso. (p. 50)

Creemos que el psicólogo que asume tal responsabilización estaría más próximo a reconocer sus intenciones, motivaciones y deseos para desempeñarse en el contexto hospitalario, ofrecería una escucha más desprejuiciada pues podría prescindir de sus opiniones y presupuestos para comprender la lógica del discurso del otro. En últimas, asumir su actuación profesional de una manera ética, es decir, analizada, lleva inevitablemente a una responsabilización por su trabajo, sus formas de intervenir y, en últimas, su discurso. Retomando el concepto de docta ignorancia, decíamos que es “docta” en tanto está atravesada por una forma de proceder, un método (una ética) que ha sido interiorizada por el sujeto, de manera que la responsabilización en el acompañamiento psicológico o psicoanalítico no está mediada por una directriz, adoctrinamiento o sujeción: más bien, se reconoce que no hay una manera de construir ese camino, por lo cual no se pretende transmitir conocimientos, consejos o técnicas; sin embargo, sí se busca transmitir una actitud, la analítica, para que cada sujeto pueda comenzar un camino propio de análisis que lo lleve a una responsabilización de sí mismo, y, seguramente, a una disminución de su sufrimiento.

Lo anterior nos lleva a la noción previamente planteada de neutralidad que se comprendía como la posición del analítico que evita imponer su verdad sobre la verdad del paciente,

permitiendo que, con una escucha desprejuiciada, este pueda desplegar su discurso sin direccionamiento o juzgamientos por parte del psicoanalítico. Lo anterior también podría comprenderse desde el concepto de imparcialidad, el cual sugiere que el psicoanalítico no toma ningún partido, no intenta moralizar al paciente, no se muestra de acuerdo o a favor de algo; sin embargo, sí está motivado por un propósito: permitir que el paciente despliegue su subjetividad, que emerja su sufrimiento, que se interroge por su enfermedad, que construya un saber sobre sí mismo, que disminuya el monto de sufrimiento “de más”. Esto no implica, nuevamente, un direccionamiento del otro, pues al asumir una posición ética, el psicoanalítico está advertido de que cada caso se singulariza y representa formas de abordaje e intervención diferenciadas, esto en la medida que es el paciente quien tiene el saber sobre sí mismo, reencontrándonos nuevamente con la docta ignorancia.

Párrafos antes se hizo énfasis en la importancia del otro (pacientes, su entorno, demás profesionales y la institución hospitalaria) cuando se posiciona desde la actitud analítica, escucha desprejuiciada y docta ignorancia, pues es asumido como un interlocutor válido. Esto tiene muchas implicaciones para la construcción del rol del psicólogo: en cuanto a la intervención con los pacientes, como se mencionó previamente, posibilita una aproximación más profunda y respetuosa al discurso del otro, pues no se intenta cambiar, no se moraliza, sino que se acoge y se propone un camino de análisis y reflexión cuya decisión de transitarlo será solo del paciente. Además, en las intervenciones, si bien están guiadas por la comprensión y acompañamiento de un sujeto en su singularidad y devenir, se reconoce la importancia que tienen sus relaciones significativas y su entorno social, por lo cual, en lugar de buscar cínicamente que el sujeto rompa el vínculo con los demás, se propende a que pueda explorar los diversos significados que tienen en su vida, cómo influyen en sus decisiones y cómo quisiera continuar tales vínculos de una manera que sea coherente consigo mismo, lo cual puede generar que sus decisiones también resulten coherentes para su entorno, pues tiene en cuenta las diferentes formas en las que lo afecta y se ve afectado por él. En palabras de Ramírez (2012):

nadie está aislado ni puede (aunque quisiera) dejar de contar con los demás. Su entorno humano (inmediato: familia, amigos; o mediato: comunidad, país, humanidad) siempre influirá sobre él interna (pues interioriza valores) o externamente (los demás intervienen y actúan y sus acciones tienen consecuencias sobre el sujeto) (...) Ser consecuente es,

precisamente, hacerse responsable (preferiblemente de una manera consciente y activa: ética) de las consecuencias de los actos. (p. 50)

Lo anterior, Ramírez (2012) lo nombra como una responsabilización por el entorno, consecuencia inevitable del proceso de responsabilización individual. En relación con la construcción del rol del psicólogo, la interacción con otros y la apertura a discursos diferentes del propio, también juegan un papel fundamental y resultan necesarias, en tanto la dialéctica solo es posible cuando hay puntos de vista convergentes, complementarios o divergentes. De esta manera, la actitud abierta es importante no solo hacia el discurso de los pacientes, sino también hacia el discurso de otros profesionales y al de la institución misma. Tal apertura no significa aceptación inmediata, ingenua, al contrario, como hemos expresado hasta aquí, cimenta las bases para un proceso de análisis, aprendizaje y transformación (ya sea de sí mismo o del entorno).

Sumado a lo anterior, construir el rol psicoanalítico para el abordaje de las problemáticas y circunstancias emergentes en el contexto hospitalario tiene múltiples consecuencias: se transforman los objetivos de estandarización, se consideran más caminos para el devenir de cada sujeto y se singularizan los efectos. Nuevamente el concepto de imparcialidad sirve para explicar la actitud necesaria al momento de enfrentarse a una demanda de eficiencia: no se está de un lado ni del otro, se espera poder escuchar y acompañar a cada paciente con base en su subjetividad. Respecto al psicólogo mismo, un efecto que queremos resaltar debido a su altísimo valor es que la construcción ética y el proceso de responsabilización no son aspectos que se enmarquen -o limiten- exclusivamente en el contexto de actuación profesional, la actitud de docta ignorancia, de escucha desprejuiciada, de apertura al diálogo no se dejan de lado al terminar los turnos en la institución hospitalaria.

Al contrario: asumir de una manera rigurosa y analítica el rol que se cumple puede tener efectos en los demás ámbitos de la vida: sus vínculos cercanos, su relación consigo mismo, la manera en que enfrenta los problemas, su posición frente a la vida, etc. De manera que la construcción del rol del psicólogo con orientación psicoanalítica, asumida de manera analítica, responsable y ética, lleva a una transformación subjetiva para el profesional. Que dicho en otras palabras puede ser comprendido como los efectos del proceso de *incorporación* del método psicoanalítico.

Otro elemento que consideramos importante es la aparición del psicoanálisis en diversos dispositivos, distintos al dispositivo freudiano. Como se expuso a lo largo del trabajo, lo característico del psicoanálisis no remite necesariamente a un ámbito de aplicación concreto, al contrario, su carácter comprensivo y crítico permite considerar la necesidad de su aparición en lugares que sean más próximos a las personas, de manera que no corra el riesgo de convertirse en un espacio de segregación o elitismo, que respondería más a las lógicas de la época actual que a los principios que sustentan la práctica psicoanalítica. Pensar el psicoanálisis en instituciones, en este caso, en la institución hospitalaria, abre la posibilidad de que su presencia logre transformar los espacios, de manera que sean más analíticos, más amables con la singularidad humana y más responsables a la hora de abordarla; de esta manera, el psicoanálisis también sería una opción, un camino, una reflexión posible para toda la comunidad, aspecto que nombra la vigencia y pertinencia de su presencia en los hospitales.

Finalmente, consideramos que los resultados obtenidos en la presente investigación no solo permiten comprender las posibilidades de una postura psicoanalítica dentro de un contexto hospitalario, sino también las diversas enseñanzas que el método psicoanalítico aporta a la psicología y a las distintas áreas de la salud. Es decir, nos parece más fecundo pensar que el reconocimiento de la singularidad, la escucha desprejuiciada, la posición de docta ignorancia, la propuesta de una eficacia que responda al devenir de cada sujeto, la búsqueda de ir “más allá” de las demandas de estandarización y normalización, el reconocimiento del papel que juegan los elementos inconscientes o implícitos y la subjetividad en los fenómenos del cuerpo... y todas aquellas consideraciones aquí expresadas, pueden ser incorporadas no sólo por psicoanalistas, sino también por clínicos de distintas profesiones o posiciones teóricas. En tanto lo aquí expresado, más que constituirse en un conjunto de técnicas o conocimientos, explicita un posicionamiento ético, un proceso de incorporación de un método, una responsabilización subjetiva del propio proceder profesional y una actitud crítica y analítica frente al contexto de actuación, en este caso, hospitalario.

Referencias

- González Pérez, Y., Rosell León, Y., Piedra Salomón, Y., Leal Labrada, O., & Marín Milanés, F. (2006). Los valores del profesional de la información ante el reto de la introducción de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *ACIMED*, 14(5). <https://bit.ly/2VgAbP7>
- Adis Castro, G. (1984). La psicología clínica en los servicios Médico-Asistenciales de la CCSS. *Repositorio CCSS*. 37-45. <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/handle/20.500.11764/3836>.
- Agustina, S. (2022). *Consideraciones sobre el abordaje de la urgencia desde una mirada psicoanalítica: articulación con la ley de salud mental y su aplicación en el hospital público general* [Tesis de maestría]. Universidad del Aconcagua.
- Alarcón, L. F. (1999). Origen y evolución de la psicología de la salud en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 125-126. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/32153/32194>.
- Ardila, A. M. (2014). Estado del arte de la Psicología Clínica. *Revista Electrónica Psyconex*, 6(9), 1-13. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/download/22434/18572/85330>.
- Báez, J. (2011). El psicoanálisis y la institución (El eterno des-encuentro). *Tesis Psicológica*, (6), 236-243. <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139022629015.pdf>.
- Balcázar, P., González-Arratia, N., Gurrola, G., y Moysén, A. (2013). *Investigación cualitativa*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Belmont, I. (1979). Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. *Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento*. USA, 18. <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>.
- Bernstein, D. A., & Nietzel, M. T. (1982). *Introducción a la psicología clínica*. México, McGraw-Hill. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/IntroduccionPsicologiaClinica.pdf.
- Bleichmar, N., y Leiberman, C. (1989). *El psicoanálisis después de Freud. Teoría y técnica*. México: Paidós. <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/a1e4ddee0b2611d480404e6221cc5c60.pdf>.
- Blum, B., Sosa, J. E., Stern, C. E. y Zarco, J. V. (2020). Psicoterapia breve focalizada psicoanalíticamente orientada. Una modalidad de intervención para jóvenes universitarios: "ESFORA Psicológica". *Interacciones*, e122-e122. <http://dx.doi.org/10.24016/2020.v6n2.122>.
- Braier, E. A. (1999). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva visión.

- Braunstein, N., Pasternac, M., Benedito, G., y Saal, F. (1982). *Psicología: ideología y ciencia* (8a ed.). Siglo XXI.
- Buela-Casal, G. (2004). La Psicología: ¿Una profesión sanitaria con distintas especialidades?. *Infocop*, número extraordinario, 103-111. <http://www.cop.es/extrainfocop/GualbertoBuela.pdf>.
- Canguilhem, G. (1982). *Lo normal y lo patológico*. Siglo xxi.
- Canto Ortiz, J. M. (2000). *Dinámica de grupos. Aspectos técnicos, ámbitos de intervención y fundamentos teóricos*. Málaga: Aljibe. <https://bit.ly/4em1uz2>.
- Carabaña, J., y Lamo, E. (1978). La teoría social del interaccionismo simbólico: análisis y valoración crítica. *Revista española de investigaciones sociológicas*, 1(78), 159-203. <https://www.academia.edu/download/45075449/LaTeoriaSocialDelInteraccionismoSimbolico.pdf>.
- Carapia-Sadurni, A., Mejía-Terrazas, G., Nacif-Gobera, L., y Hernández-Ordóñez, M. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4), 260-263. <https://bit.ly/3VwII0y>.
- Colegio Oficial de Psicólogos de España (1998). *Perfiles profesionales del psicólogo*. Colegio Oficial de Psicólogos de España.
- Colombia. Congreso de la República. (2006). *Ley 1090 de 2006 (septiembre 6): Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. Diario oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (1993). *Resolución número 8430 de 1993 (octubre 4). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Diario Oficial.
- Contreras, A. y Palacios, X. (2014). Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 46(1), 47-60. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072014000100006.
- Contreras, F., Londoño, C., Vinaccia, S., & Quiceno, J. M. (2006). Perspectivas de la psicología de la salud en Colombia. *Investigación y educación en enfermería*, 24(2), 120-129. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/2915/2530>.
- Core, R. L. (2013). Desarrollo de la especialidad en Psicología clínica en Costa Rica: perspectivas futuras. *Revista Costarricense de Psicología*, 32(1), 43-60. <http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/18>.
- Corominas, J. (2006). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Madrid: Gredos.
- Cueto, E. (2020). Investigación cualitativa. *Applied Sciences in Dentistry*, 1(3). <https://ieya.uv.cl/index.php/asid/article/download/2574/2500>.
- Cullari, S. (2001). *Fundamentos de psicología clínica*. Pearson Educación.

- Dávila, A., Miguel, E., Gioacchini, C., Illanes, M. y Sananez, G. (2012). Estudio comparativo sobre las significaciones del rol del psicólogo entre los profesionales de los equipos de salud de los centros periféricos de la municipalidad de Córdoba y los hospitales nacionales. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 1(1). <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/2902>.
- De Castro, A., Cardona, E., Gordillo, M. A., Támara, S. (2007) Comprensión de la experiencia de ansiedad en un estudiante que pertenece a un grupo artístico de la universidad del norte de la ciudad de Barranquilla. *Psicología desde el Caribe*, (19), 49-8.
- Díaz Facio Lince, V. E. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(3), 57-71.
- Dieguez, J. P. (1993). El psicólogo clínico en el ámbito hospitalario. Hacia la psicología clínica de la salud. *Apuntes de Psicología*, (38-39), 143-150. <https://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/1146/797>.
- Duque, A. M., Grau, J. A., Hernández, E. y Werner, R. (2005) La psicología de la salud en la atención hospitalaria. En J. A. Grau y E. H. Meléndez (org.). *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 295-232). Universidad de Guadalajara.
- Emanuel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En F. Lolas y Quezada, A. (eds.), *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas*. Santiago: Programa Regional de Bioética OPS/OMS, 83-96.
- Espinosa M. y Hernández, M. (2018). Intervención psicológica en acompañantes de usuarios en la Unidad de Cuidado Intensivo. *Boletín Informativo CEI*, 5(1), 16-21. <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/1549>.
- Fiorini, H. E. (1977). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión Argentina.
- Foucault, M. (2001). *El Nacimiento de la Clínica* (Vigésima edición en español). Siglo Veintiuno Editores.
- Freud, S. (1980). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (1912). En J. L. Etcheverry (Traduc.) *Obras completas. Tomo XII*. (pp. 107-119). Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Freud, S. (1980). Sobre la iniciación del tratamiento (1913). En J. L. Etcheverry (Traduc.) *Obras completas. Tomo XII*. (pp. 121-144). Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Freud, S. (1984). Dos artículos para enciclopedia: «psicoanálisis» y «teoría de la libido» (1923). En J. L. Etcheverry (Traduc.) *Obras completas. Tomos XVIII*. (pp. 227-254). Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Freud, S. (1986). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (1919 [1918]). En J. L. Etcheverry (Traduc.) *Obras completas. Tomo XVII*. (pp. 151-163). Amorrortu editores, Buenos Aires.
- García, A., Calderón, M., y Serrano, K. (2010). Problemas psicológicos en el servicio de urgencias del Hospital General de Atizapán. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(1). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/16991>.

- García-López, L., Piqueras, J., Rivero, R., Ramos, V., y Oblitas, L. (2008). Panorama de la psicología clínica y de la salud. *CES Psicología*, 1(1), 70-93. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539527008.pdf>.
- Gómez, M. T. (2007). la psicología de la salud en un hospital de cuarto nivel de complejidad. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2), 159-179. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996003.pdf>.
- González Menéndez, A. (2004). La vigencia del Psicoanálisis: un más allá del diván. *Metaphora*, (3), 33-38. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-06962004000100005#:~:text=La%20vigencia%20del%20Psicoan%C3%A1lisis%20aplicado,la%20problem%C3%A1tica%20de%20nuestro%20siglo.
- Harré, R. y Lamb, R. (1992). *Psicología social y de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Herrera, E. (2012). El hospital: un lugar para la intervención psicoanalítica. En *Hernández, L., y Lozano, L. (Eds.), Psicólogos y psicoanalista en hospitales. México: Manual Moderno*, 123-132.
- Hoyos, J., Bueno, J., González, M., y Martínez, P. (2018). Práctica del psicoanalista en la institución: ¿análisis o sugestión?. *CES Psicología*, 11(2), 13-20. <https://bit.ly/4cgmeX0>.
- Hoyos, J., Duvaltier, I., y Giraldo, G. (2003). Límites de los programas de promoción y prevención. Una perspectiva psicoanalítica. *Iatreia*, 16(2), 132-139. <https://bit.ly/3Runr57>.
- Hoyos, J., y Zapata, J. (1998). Subjetividad y practicas asistenciales. *Affectio Societatis*, (2), 1-5. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/affectiosocietatis/article/view/5440/4793>.
- Kernberg, O. (2001). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de fortalecimiento: controversias contemporáneas. *Psicoanálisis APdeBA*, 23(1), 201-227. <https://bit.ly/3z2oliS>.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista temas de educación*, 7(7), 19-40.
- Labiano, M. (2009). Introducción a la psicología de la salud. En L. A. Oblitas. (Ed). *Psicología de la salud y calidad de vida. Tercera edición*. (pp. 3-22). CENGAGE Learning Latin America. https://www.academia.edu/38159809/Oblitas_Psicolog%C3%ADa_de_la_Salud.
- Lopera Echavarría, J. D. (2001). El duelo en el sujeto con lesión medular. *Universidad de Antioquia*.
- Lopera Echavarría, J. D. (2011). Psicología y salud psíquica. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 81-85.
- Lopera Echavarría, J. D. (2012). Salud mental y sabiduría práctica: un intento de integración y aproximación conceptual. *Tesis Psicológica*, (7), 60-75. <https://hdl.handle.net/10495/5816>.
- Lopera Echavarría, J. D. (2016). *Sabiduría práctica y salud psíquica*. Editorial San Pablo.

- Lopera Echavarría, J. D. (2017). Psicoterapia psicoanalítica. *Rev. CES Psicol.*, 10(1), 83-98. <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.10.1.6>.
- López, A. M., y Villaverde, O. I. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 10(1), 1-19. https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/1989_9912_cc_10_1_e1.pdf.
- López, S., Pastor, M. A. y Neipp, M. C. (2002). Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización. En E. Remor, P. Arraz, S. Ulla (eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. (pp. 31-48). España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Manrique, H.; Lopera, I.; Pérez, J; Ramírez, V. y Henao, C. (2016). *Clínica analítica de las organizaciones*. Editorial San Pablo.
- Manrique-Tisnés, H. y De Castro, A. (2019). Toma de decisiones: intuición y deliberación en la experiencia de los decisores. *Innovar*, 29(73), 149-164. <https://doi.org/10.15446/innovar.v29n73.78028>.
- Marín, M. y Martínez-Pecino, R. (2012). *Introducción a la Psicología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide. <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/90e031740552bba852e3efaa2143fd2a.pdf>.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>.
- Matarazzo, J. D. (1982). El desafío de la salud del comportamiento para la psicología académica, científica y profesional. *Psicólogo estadounidense*, 37 (1), 1. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.37.1.1>.
- Miari, A. S. y Fazio, V. P. (2017). Perspectivas y abordajes de la demanda de urgencias en salud mental: psicoanálisis y psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://bit.ly/3VHhkgf>.
- Mojica, M. y Cadena, L. (2014) Formación del discurso en salud mental en la primera mitad del siglo XX. *MedUnab*, 16(3), 118-126. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/1950>.
- Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. Editorial Unison. México DF: México. <http://kunkaak.psicom.uson.mx/Libros/salud.pdf>.
- Osorio, J. G. (2000). Principios éticos de la investigación en seres humanos y en animales. *Medicina (Buenos Aires)[Internet]*, 60(2), 255-8. https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol60-00/2/v60_n2_255_258.pdf.
- Parra, M. (2016). Articulación entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 30-37. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n1a04>.

- Pasternac, M (1982). El método experimental y el método clínico en psicología. En: Braunstein, N. Pasternac, M. Benedito, G. y Saal, F. (1982). *Psicología: ideología y ciencia* (8a ed.). México: Siglo XXI.
- Peláez Jaramillo, G. P. (2009). La psicología clínica hoy: pluriversos. *Revista Electrónica Psyconex*, 1(1). <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/7579>.
- Peláez Jaramillo, G. P. (2016). *Fundamentos de psicología clínica*. Fondo Editorial FCSH.
- Pérez Álvarez, M. (1991). Medicina, psicología de la salud y psicología clínica. *Revista de Psicología de la Salud*, 1991, 3(1), 21-44. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/94733/1/RevPsicolSalud_3_1_02.pdf.
- Pintos, S. (2016). ¿Qué lugar para el psicoanálisis en el hospital general?. *Revista digital de la facultad de psicología - UBA*, (20), 23-24. http://intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_num_20.pdf#page=23.
- Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 669-680. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300019.
- Pons Díez, P. (2010). La aportación a la psicología social del interaccionismo simbólico: una revisión histórica. *EduPsykhé: Revista de psicología y educación*, 9(1), 23-42. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3268858>.
- Ramírez, C. A. (2011). *Apuntes*. Medellín: Grupo de Investigación El método analítico.
- Ramírez, C. A. (2012). *La vida como un juego existencial: Ensayitos*. Universidad EAFIT.
- Ramírez, C. A., Lopera, J. D., Zuluaga, M. U., Ramírez, V. E., Henao, C. M., & Carmona, D. M. (2015). *Relaciones psicología-psicoanálisis*. Editorial San Pablo.
- Ramírez, C. A., Lopera, J., Zuluaga, M., y Ortiz, J. (2017). *El método analítico Volumen I: Formalización teórica*. Editorial San Pablo.
- Ramírez, C. A., Lopera, J., Zuluaga, M., y Ortiz, J. (2019). *El método analítico Volumen II: Aplicaciones*. Editorial San Pablo.
- Rey, C. y Guerrero-Rodríguez, S. (2012). Tendencias de proyectos de investigación en psicología clínica en Colombia. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 176-204. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2012000100010.
- Roda, R. (1999). La estructura del grupo: estatus, rol, normas y cohesión. En Gil, F. y Alcover, C. (Eds.) *Introducción a la Psicología de los Grupos* (pp. 191-222). Ediciones Pirámide, Madrid. <https://sociopsicologia.files.wordpress.com/2010/10/c6-la-estructura-del-grupo.pdf>.
- Rodríguez, J. (2002). En busca de un modelo de integración del psicólogo en el hospital: Pasado, presente y futuro del psicólogo hospitalario. En E. Remor, P. Arraz, S. Ulla (eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. (pp. 831-863). España: Editorial Desclee de Brouwer.
- Rodríguez-Marín, J. (1998). Psicología de la salud y psicología clínica. *Papeles del psicólogo*, 69, 41-47. <https://www2.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=772>.

-
- Samaja, J. (2007). *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar Editorial.
- Sánchez Silva, M. (2005). La metodología en la investigación cualitativa. *Mundo Siglo XXI*. <http://hdl.handle.net/10469/7413>.
- Sánchez, J. (2014). *Psicología de los grupos: teorías, procesos y aplicaciones*. Mc Graw Hill.
- Soler, Colette. (2023). *Una clínica de excepción*. Ediciones de Foros Hispanohablantes.del Campo Lacaniano de la IF-EPFCL.
- Tonon, G. (2009) La entrevista semi-estructurada como técnica de investigación. En G. Tonon (comp.), *Reflexiones latinoamericanas sobre la investigación cualitativa* (pp. 47-68) Universidad Nacional de La Matanza-Prometeo. 1. <https://bit.ly/3ViLLYO>.
- Uribe, J., Gobera, L. y López, L. (2007). Descripción cualitativa de la atención psicológica en áreas críticas del Hospital Ángeles Metropolitano. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 5 (2), 65.
- Villalpando, J., Nacif, L. y Vásquez, L. (2007). Descripción cualitativa de la atención psicológica en áreas críticas del Hospital Ángeles Metropolitano. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 5(2), 65. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=12304>.
- Vinaccia, S. (1989). Psicología de la salud en Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 21(2), 255-260. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80521207.pdf>.
- Zas Ros, B. (2016). *Experiencias en psicología hospitalaria*. ALFEPSI Editorial.

Anexos

CONSENTIMIENTO PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN:

“¿Cómo se construye el rol del psicólogo hospitalario en el caso del psicólogo con orientación psicoanalítica?”

Grupo De Investigación El Método Analítico Y Sus Aplicaciones En Las Ciencias Sociales Y Humanas

Investigadores: María José Franco Aguirre y Michael Suárez Amaya.

Asesor: Juan Diego Lopera Echavarría.

INTRODUCCIÓN

A usted señor(a)..... lo estamos invitando a participar de la investigación “¿Cómo se construye el rol del psicólogo hospitalario en el caso del psicólogo con orientación psicoanalítica?”; del trabajo de grado para la obtención del título como psicólogo de la Universidad de Antioquia, adscrito al grupo de investigación el método analítico.

Queremos que usted conozca que:

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria, esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

Esta investigación no tiene un propósito terapéutico, únicamente se realiza con fines de producción de conocimiento.

Usted no recibirá ningún beneficio económico del estudio actual.

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Antes de cualquier decisión de participación, por favor tómese el tiempo para leer este documento y de ser necesario para preguntar, averiguar y discutir todos los aspectos relacionados de este estudio.

PROPÓSITO

Esta investigación se está desarrollando como **trabajo de grado para la obtención del pregrado de psicología**. Está adscrita al grupo de investigación El método analítico y sus aplicaciones en las ciencias sociales y humanas, en la línea investigativa Salud psíquica y sabiduría práctica. El objetivo es comprender la forma como se construye el rol del psicólogo hospitalario en el caso del psicólogo con orientación psicoanalítica.

PROCEDIMIENTO

Si accede a participar en esta investigación será citado a 2 entrevistas individuales con el objetivo de recolectar información que permita develar los significados atribuidos a su vivencia subjetiva.

En caso que usted lo desee, al finalizar la investigación podrá obtener retroalimentación a partir de los resultados.

INCONVENIENTES Y RIESGOS

Esta investigación no involucra ningún tipo de riesgo físico, psicológico ni moral. Si usted considera que se pone en riesgo su integridad, podrá expresarlo a los investigadores o quien crea necesario.

Usted podrá ausentarse si por cualquier razón no puede participar de las sesiones de entrevista. Le solicitamos que se comunique a tiempo con los investigadores para programar un nuevo encuentro.

RESERVA DE LA INFORMACIÓN Y SECRETO

Las entrevistas están diseñadas para identificar aspectos personales de su experiencia, garantizando su derecho a la intimidad, manejando esta información a nivel confidencial. Los encuentros serán grabados y transcritos, y únicamente los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a su información personal.

Nunca se publicarán ni se divulgarán a través de ningún medio los datos personales de quienes participen en esta investigación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído y comprendido toda la información contenida en este documento con relación a la investigación “Cómo se construye el rol del psicólogo hospitalario en el caso del psicólogo con orientación psicoanalítica?”, y de haber recibido del investigador, **Michael Suárez Amaya y/o María José Franco Aguirre** explicaciones verbales sobre ella y satisfactorias respuestas a mis inquietudes, habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión, libre, consciente y voluntariamente manifiesto que yo _____ he resuelto participar en la misma.

Además, expresamente autorizó al investigador para utilizar los resultados de esta propuesta en otras futuras investigaciones.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia del investigador, _____ el día _____ del mes de _____ del año _____ .

Nombre, firma y documento de identidad del participante

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula de ciudadanía _____ de _____

Nombre, firma y documento de identidad del investigador

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula de ciudadanía _____ de _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGACIÓN: “Cómo se construye el rol del psicólogo hospitalario en el caso del psicólogo con orientación psicoanalítica?”

He sido informada ampliamente de los objetivos de esta investigación y acepto participar en ella de la siguiente manera.

Compartiendo las experiencias personales con sinceridad y espontaneidad en las diferentes entrevistas.

Acepto que los resultados de la investigación sean utilizados en la preparación de publicaciones científicas, siempre y cuando se conserve en el anonimato mi identidad.

Esta investigación contempla los parámetros establecidos en la resolución N° 008430 de 1993 del 4 de octubre, emanada por el Ministerio de salud, en cuanto a investigaciones con mínimo riesgo, realizadas con seres humanos.

He sido informado o informada sobre las incomodidades que se pueden presentar en esta investigación, tales como:

Pueden existir preguntas que me molesten, me incomoden o me causen vergüenza, las cuales no estaré obligado a responder o puedo solicitar que me las expliquen.

Puedo retirarme de la investigación cuando lo desee.

Todos los encuentros que surjan con fines de la investigación serán de carácter gratuito.

Participante

Coordinador de la Investigación