



**Experiencias emocionales en pacientes con ausencia de vínculos afectivos durante la hospitalización, Ciudad Bolívar 2023**

Paola Andrea Garavito Moreno

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicóloga

Asesora

Liliana Álzate Vélez, Doctoranda

Universidad de Antioquia  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas  
Psicología  
Andes, Antioquia, Colombia  
2023

---

Cita

(Garavito Moreno, 2023)

---

**Referencia**

Garavito Moreno, P. A. (2023). *Experiencias emocionales en pacientes con ausencia de vínculos afectivos durante la hospitalización, Ciudad Bolívar 2023*

**Estilo APA 7 (2020)**

[Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Andes, Colombia.

---



Biblioteca Seccional Suroeste (Andes)

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

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://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.

---

## Tabla de contenido

Resumen .....	5
Abstract .....	6
Introducción .....	7
Planteamiento del problema .....	11
Antecedentes .....	13
Justificación.....	24
Objetivos .....	26
Objetivo general .....	26
Objetivos específicos.....	26
Marco teórico .....	27
La metapsicología Freudiana una estructura para explorar el psiquismo .....	27
Pensar el duelo desde Freud .....	28
El arduo trabajo del duelo desde Cecilia Muñoz.....	30
La constitución del psiquismo desde la metapsicología ampliada de Melanie Klein .....	35
El duelo ante las pérdidas desde Melanie Klein.....	38
Sobre el sentimiento de soledad, Melani Klein.....	40
Los aportes de Donald Winnicott a la comprensión del psiquismo .....	43
Metodología .....	47
Paradigma.....	47
Enfoque .....	47
Método .....	48
Técnica .....	49
Población.....	50

Conclusiones finales.....51

Referencias .....56

Anexos.....61

### **Resumen**

El objetivo de esta investigación fue explorar las experiencias emocionales de pacientes hospitalizados y sus vínculos afectivos con el personal especializado y los acompañantes, en el Hospital la Merced, Ciudad Bolívar, Antioquia. Se realizó una sesión de entrevista con cada uno de los participantes, 4 pacientes hospitalizados y 2 personas que habían pasado por una experiencia de hospitalización reciente, además, se llevaron a cabo tres sesiones de observación participante en la sala de hospitalización del Hospital la Merced. Se encontró que es un común denominador la ausencia de acompañamiento físico por parte de las personas con quienes se guarda un vínculo afectivo importante. Los pacientes permanecen con un dolor no sólo físico sino también emocional, la sensación de abandono y el sentimiento de soledad es una realidad para la mayoría de ellos y el hecho de que el personal de salud sea indiferente a estos sentires incrementa las emociones de tristeza, inseguridad y hace que la experiencia de estar hospitalizado sea considerada una mala experiencia.

*Palabras clave:* vínculo afectivo, hospitalización, soledad, experiencia emocional

### **Abstract**

The objective of this research was to explore the emotional experiences of hospitalized patients and their emotional bonds with specialized personnel and companions, at the Hospital la Merced, Ciudad Bolívar, Antioquia. An interview session was conducted with each of the participants, four hospitalized patients and two persons who had undergone a recent hospitalization experience, in addition, three participant observation sessions were carried out in the hospital ward of Hospital la Merced. It was found that a common denominator is the absence of physical accompaniment by people with whom there is an important emotional bond. Patients remain in pain not only physically but also emotionally, the feeling of abandonment and loneliness is a reality for most of them and the fact that health personnel are indifferent to these feelings increases the emotions of sadness, insecurity and makes the experience of being hospitalized to be considered a bad experience.

*Keywords:* emotional bond, hospitalization, loneliness, emotional experience

## Introducción

Los pacientes que se encuentran en el servicio de hospitalización requieren unos cuidados especiales y un plan de tratamiento en el que interviene el personal especializado en salud y de manera indirecta los acompañantes, es decir, cada una de las acciones están dirigidas al manejo y mitigación de los síntomas de la enfermedad por parte de los especialistas, pero al mismo tiempo esto debe estar acompañado de una contención emocional, ya que, lo que implica para el sujeto enfermo encontrarse en una sala de hospitalización hace que se reactualicen sentimientos de minusvalía, indefensión y vulnerabilidad, que necesita de cuidadores disponibles emocionalmente para la contención de los temores antes mencionados.

Por lo anterior, investigar acerca de las experiencias emocionales en pacientes hospitalizados, específicamente en la E.S.E Hospital La Merced del municipio de Ciudad Bolívar, que es el único en la región del suroeste Antioqueño que cuenta con un servicio de segundo nivel y por lo tanto tiene una alta demanda de pacientes, con un promedio de 27 ingresos al mes de personas que llegan de diferentes municipios cada día buscando ser atendidos. Motivo, que fue de mi interés, dado que, me pareció que era una población significativa para la exploración de los temas que quería comprender y que expondré a lo largo de la investigación.

Así mismo, me interesó investigar acerca de las experiencias emocionales de estos pacientes, porque he sido regularmente la acompañante de un pariente cercano que ha estado hospitalizado por largos periodos de tiempo. Situación que me permitió tener un acercamiento al contexto, pudiendo evidenciar que la ausencia por parte de familiares y amigos, la falta de apoyo y acompañamiento es una realidad en las salas de hospitalización. Quise conocer y comprender las sensaciones, los sentimientos de estas personas que vivían un momento complejo de la vida en soledad, encontrando que tal y como lo imaginé, quienes permanecen en su estancia hospitalaria sin la presencia de vínculos afectivos, sufren más y es más intenso el dolor emocional, la angustia y el temor, que aquellos quienes, si han estado acompañados, recibiendo apoyo afectivo y emocional.

De esta manera, durante el trabajo de campo, los sentimientos de tristeza, compasión y desesperanza, se manifestaron en mí como consecuencia de haber confirmado lo esperado, ya que, no solo pude hallar que los pacientes hospitalizados que no cuentan con vínculos afectivos en su estancia hospitalaria padecen un mayor sufrimiento emocional, sino que, es común que las personas, en estas circunstancias de la vida, estén solas, vulnerables y sin acompañamiento físico,

padeciendo un sufrimiento que ya no solo es por la enfermedad sino también por la sensación de estar abandonados, sin alguien que les brinde apoyo y cuidado emocional.

Así las cosas, según lo revisado en los antecedentes de investigación, no se encontraron datos significativos a nivel nacional o regional sobre las experiencias emocionales de los pacientes hospitalizados. Cada una de las investigaciones halladas estaban direccionadas a estudiar la relación entre el personal de salud-paciente-familiares, así como la percepción del cuidado humanizado realizado por los/as enfermeros/as y con gran tendencia a indagar en la población adulta mayor, ya que, la vejez es considerada una etapa de cambios y pérdidas no solo a nivel físico, sino también psicológico, pérdida de vínculos y de apoyo social. Encontrando que, existe gran demanda por parte de los pacientes y sus acompañantes en cuanto al cuidado humanizado de los profesionales de salud en el que se espera que estos últimos puedan comprender al paciente como un ser holístico, social, espiritual, implementando estrategias en las que los acompañantes informales puedan estar más presentes en los cuidados de los pacientes. Por su parte, de las investigaciones interesadas en la población adulta mayor, pudo evidenciarse la importancia e influencia que tiene el apoyo y acompañamiento de familiares en el estado de ánimo de los adultos, encontrando que, los adultos mayores institucionalizados, los cuales, permanecen más aislados y en menor contacto con sus familiares o personas con quienes guardan un vínculo afectivo, presentan mayores sentimientos de tristeza que aquellos que continúan viviendo en sus casas con sus familiares.

Ahora bien, estas investigaciones están relacionadas con los efectos y el impacto de la hospitalización, han estado dirigidas a las respuestas por parte del personal de salud y las familias de los pacientes hospitalizados, pero, ninguna dirigida hacia la experiencia y respuesta por parte de los pacientes que son los directamente implicados. Es por esto que, con la presente investigación se hizo un acercamiento a esta problemática en el que se pudieran explorar las experiencias emocionales de los pacientes hospitalizados y comprender el papel que tienen dentro del curso de la enfermedad física y la salud psicológica.

Así mismo, este proyecto investigativo estuvo orientado teóricamente desde el enfoque dinámico, ya que, se tuvo como marco conceptual el psicoanálisis relacional, las relaciones objetales como algo indispensable en el ser humano y está centrado en las características del Yo y su interacción con las demás instancias psíquicas: Ello y Super yo, de manera que, permitió explorar ampliamente lo que sucede con los pacientes hospitalizados a nivel emocional, a través

de lo que ellos expresaron sentir y lo que significó para ellos, el estar hospitalizados, que, finalmente, es lo que se buscaba con esta investigación, conocer y comprender lo que los pacientes vivencian, desde la relación del sí mismo con los objetos.

De la misma manera, el trabajo de campo se desarrolló a través de la técnica de observación participante, llevada a cabo en tres momentos distintos, y la entrevista. Ésta última orientada a conocer y comprender la experiencia emocional de cada paciente y, la observación con el objetivo de comprender el contexto en el que acontece el fenómeno y poder identificar y relacionar lo expresado por los pacientes.

Inicialmente, se tenía planteado realizar las entrevistas a pacientes que estuvieran internados en el servicio de hospitalización, sin embargo, tras la aplicación de tres entrevistas en el primer día de campo, fue posible evidenciar que, las personas no tienden a manifestar abiertamente su experiencia emocional, por lo que, teniendo en cuenta que son pacientes que aún se encuentran en una situación de enfermedad, con sintomatología presente y, posiblemente malestar físico e incomodidad, se optó por entrevistar personas que hubieran pasado por una experiencia de hospitalización reciente, pero, que ya no se hallaran en estancia hospitalaria, encontrando mayor fluidez y disposición para hablar de su experiencia emocional.

En total se realizaron 6 entrevistas, 4 casos fueron de pacientes que se encontraban en ese momento hospitalizados y 2 casos fueron de personas que habían pasado por una experiencia de hospitalización reciente. Alicia, Miguel, Rodrigo, Rosalía, Inés y Alfredo. Todos ellos de manera colaborativa me permitieron a través de sus historias de vida acercarme al tema de interés antes expuesto. Alicia a sus 85 años nos mostró a través de su historia sus temores infantiles de estar sola y las angustias de desamparo que vivió durante su estancia en el hospital. El joven Miguel de 21 años nos aproximó a sus dificultades de salud mental, a su tendencia autodestructiva y cómo su familia lo rodeaba y acompañaba con temores a que se diera muerte por mano propia. Rodrigo un hombre de edad adulta, descompensado por la diabetes, nos mostró la presencia de familiares y amigos a través de la virtualidad, la imposibilidad de asistirlo por las ocupaciones y la cotidianidad, pero el deseo de estar presentes desde la distancia, lo que hacía que se sintiera acompañado de cierta manera. Rosalía de 59 años, quien nunca estuvo sola en el hospital, siempre sus hijos presentes y disponibles. Mostraba una buena disposición y rápida recuperación. Inés una mujer mayor de 61 años, hospitalizada por problemas respiratorios en el afrontamiento de su soledad real, sin acompañantes y un sentimiento de soledad permanente. Y Alfredo, un hombre mayor de 64

años quien vive solo, trasplantado, con una salud frágil que requiere de reiteradas hospitalizaciones y que durante su estancia hospitalaria solo mantiene contacto con sus hijas de manera telefónica. Aun así, tiene una postura esperanzada.

Finalmente, a partir de cada uno de los casos mencionados, fue posible encontrar que, efectivamente, aquellos pacientes quienes permanecen solos o con poco acompañamiento físico por parte de las personas con las que guardan un vínculo afectivo anterior a la hospitalización, manifiestan haber experimentado fuertes emociones de tristeza, inseguridad, abandono y soledad. Por su parte, aquellos que pudieron contar con el acompañamiento constante de un familiar, expresaban una mayor preocupación por el hecho de no estar en su casa y tener que interrumpir sus actividades cotidianas, era posible observar mayor tranquilidad y los sentimientos de soledad y abandono no estaban presentes. Así mismo, la demanda de los pacientes de un cuidado humanizado por parte del personal de salud se pudo constatar en cada uno de los relatos, especialmente en aquellos que permanecían más solos durante su hospitalización, evidenciando que, el cuidado humanizado es un tema que, aunque relevante, no se ha logrado que los profesionales de la salud puedan comprender la importancia e influencia que esto genera en la experiencia de cada uno de los pacientes.

## Planteamiento del problema

Estar hospitalizado implica para el paciente una serie de cambios a nivel físico como lo son las afectaciones al organismo propias de la enfermedad que se padece, las limitaciones al tener que permanecer, en algunos casos, acostados, con reducción de movilidad, además, el agotamiento al no poder descansar de manera satisfactoria debido al dolor y la incomodidad y el aumento del sueño a causa de los medicamentos, etc. De la misma manera, se presentan cambios en su vida cotidiana, en los que el sujeto está en un estado de vulnerabilidad al tener que permanecer bajo observación y cuidado, alejado de todas sus rutinas y hábitos, pues la persona se encuentra en un contexto completamente diferente al habitual, debe estar lejos de su casa, su trabajo, sus pertenencias, sus familiares, amigos y otras personas importantes de su entorno. Tal como lo mencionan López, *et al.* (2003) la persona debe adaptarse a la rutina hospitalaria, lo que implica abandonar su vida cotidiana y adoptar nuevos hábitos, debe cumplir ciertas reglas y estar bajo cuidado y supervisión de un sujeto ajeno a su contexto natural, pierde la privacidad e intimidad que tenía en su hogar, por lo tanto, sufre también cambios y afectaciones a nivel emocional.

Lo anterior, sucede debido a que, los hospitales, aunque pretenden ser lugares de acogida con aplicación de tratamientos determinados y atención segura con calidad humana, en busca de mejorar la salud, suelen también generar consecuencias adversas y convertirse en un gran estresor para el paciente. Tal como lo plantean, Bénéitez *et al.* (2016) los pacientes terminan desarrollando conductas desadaptativas como consecuencia de la vivencia hospitalaria. Estas conductas desadaptativas, entendidas como aquellas emociones (tristeza, enojo), pensamientos negativos (frente a la enfermedad, las personas que los rodean, el futuro, etc.), y acciones (en las que se niegan a ser atendidos, visitados o en las que no siguen las indicaciones del personal de salud para mejorar su estado), frente a la inadaptación del sujeto al contexto y la situación que experimenta.

En este contexto, los vínculos afectivos con que cuenta el paciente cumplen un papel esencial en la vivencia de la hospitalización, las redes de apoyo permiten que el paciente no se sienta solo, aislado y confundido, que pueda seguir en contacto con la realidad externa y pueda sentirse en confianza para manifestar su sentir. El apoyo brindado por medio de los vínculos afectivos durante la hospitalización es una fuente de bienestar para el paciente, de esta manera, como encontró Valqui (2022) la visita familiar puede reducir la ansiedad y el estrés. Esto debido a que los vínculos afectivos presentes durante la hospitalización pueden ser un sostén emocional que ayuda a que el cuidado brindado sea más efectivo, cálido y humano. Los familiares u otros

cuidadores cercanos también pueden llegar a tener un conocimiento del padecimiento del enfermo y sus necesidades que facilita brindar información al personal médico e incluso proveer al paciente de contención emocional si éste lo requiere. A través de la buena comunicación con el personal de salud, los familiares pueden aprender acerca de los cuidados que el paciente necesita, participar en la realización de los mismos, y en este mismo sentido, estar presentes para escuchar el sufrimiento de su familiar hospitalizado, comprenderlo, darle motivación, brindarle confianza y afecto.

Sin embargo, en las áreas hospitalarias es posible, con gran frecuencia, encontrar pacientes solos, aislados y sin acompañamiento, lo cual, consecuente con lo descrito en el párrafo anterior, trae consigo diferentes afectaciones físicas y psicológicas. Así como el apoyo y el acompañamiento durante la hospitalización genera en el paciente efectos positivos, la ausencia del mismo interfiere en la mejora de su salud, provoca como lo menciona Beltrán (2009), sentimientos de tristeza, e incrementa la angustia, el estrés y bajos estados de ánimo, lo cual, contribuye, junto con los efectos de la enfermedad al empeoramiento de la salud y prolongación de la estancia hospitalaria.

Justamente la pandemia por Covid-19 fue una gran muestra de esta problemática. Durante esta pandemia, en el mes de abril del año 2021, cuando se presentaba la llamada tercera ola, Colombia reportó la superación del 80% de la capacidad hospitalaria, siendo el departamento de Antioquia el más alarmante con una ocupación de camas UCI del 97,32% (Gutiérrez, 2021), para ese entonces, las restricciones hospitalarias debido al alto riesgo de contagio no permitían las visitas familiares ni ningún contacto físico con el paciente, generando además de la incertidumbre ocasionada por la pandemia, diferentes afectaciones psicológicas al padecer el virus u otra enfermedad y además no poder ver a sus familiares, saber cómo están, expresarles cómo se sienten, saber qué está ocurriendo, sentirse solos, aislados, en un lugar extraño, con aparatos desconocidos, intrusivos y sin ningún contacto físico, afectando como bien lo dicen Carrera y Cedeño (2021) la salud psicológica y al mismo tiempo siendo un obstáculo para la recuperación. Los mismos autores pudieron hallar que la depresión, la ansiedad y el estrés presentaban altos niveles en los pacientes como consecuencia del aislamiento de sus familiares.

Es por lo anterior que, y teniendo en cuenta los antecedentes de investigación revisados, el presente estudio busca comprender ¿cómo han sido las experiencias emocionales en pacientes hospitalizados con ausencia de vínculos afectivos, en el Hospital la Merced del municipio de Ciudad Bolívar, Antioquia? ya que, es un tema que no ha sido abordado en el municipio y es imprescindible la aproximación al mismo desde la vivencia de las personas directamente

implicadas, como lo son los pacientes hospitalizados, para, de esta manera poder dar a conocer a las familias, el personal de salud y la comunidad en general, el sentir de estos pacientes y las posibles afectaciones que trae para ellos el hecho de no contar con vínculos afectivos en un momento crucial de la vida y así poder abordar la problemática desde la búsqueda de soluciones, estrategias de apoyo, planes de acompañamiento y un programa de hospitalización humanizada, en pro de garantizar la mejora en la salud física y psicológica de los pacientes hospitalizados.

### **Antecedentes**

Para la búsqueda de antecedentes del presente proyecto investigativo se utilizó como fuente inicial el repositorio institucional de la Universidad de Antioquia, bases bibliográficas como Dialnet, Scielo, Lilacs y Google académico. Se estableció como límite temporal para la búsqueda de artículos, los últimos 10 años, es decir, investigaciones que han sido publicadas entre el año 2012 y 2022.

Los conceptos y palabras clave para la realización de la búsqueda fueron aquellos que se presume tienen gran relación y dan cuenta de los diversos factores y aspectos importantes de comprender en cuanto al tema de investigación, estos son: pacientes hospitalizados; efectos de la hospitalización; impacto psicológico en pacientes hospitalizados; visita familiar a pacientes hospitalizados; efectos, hospitalización y visita familiar; vivencias en la hospitalización; experiencia de estar hospitalizado; importancia de la visita familiar; soledad en pacientes hospitalizados; apoyo social en pacientes hospitalizados; estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes hospitalizados.

Los aportes al tema y sus diferentes vertientes han sido realizados desde las ciencias de la salud, principalmente, desde estudios en enfermería y en menor proporción, desde psicología, con gran interés en la relación entre el personal de salud-paciente-familiares, así como la percepción del cuidado humanizado realizado por los/as enfermeros/as y con gran tendencia a indagar en la población adulta mayor, ya que, la vejez es considerada una etapa de cambios y pérdidas no solo a nivel físico, sino también psicológico, pérdida de vínculos y de apoyo social; además, con frecuencia se encuentran en la hospitalización de manera permanente adultos mayores, o estos últimos en hogares geriátricos, lo que genera grandes consecuencias a nivel psicológico y emocional que pueden llegar a afectar su calidad de vida.

Una investigación realizada por Valencia (2015) en la cual buscaba comparar las percepciones entre dos grupos de adultos mayores, uno institucionalizado y otro no institucionalizado, sobre las redes de apoyo social informal, obtuvo como resultado que una de las principales similitudes entre los dos grupos “es la disminución de los miembros de la red de apoyo, aunque en el caso de las personas del Hogar Gerontogeriatrico la disminución es mayor debido a la condición de institucionalización” (p.61). Además, se observó que “los adultos mayores del hogar establecen contacto con sus familiares en menor medida que los sujetos del otro grupo” (p. 62).

En esta misma línea, Díaz y Zurita (2017), en su investigación también se interesaron por estudiar al adulto mayor, esta vez, pretendían identificar cómo el apoyo social incide o no en la presencia de síntomas depresivos de los adultos mayores institucionalizados en la “Casa de la divina providencia” de Puerto Berrío Antioquia, tras lo cual, hallaron que, si bien el apoyo social no es determinante para la depresión, es un factor importante e influyente en el estado de ánimo y la soledad del adulto mayor.

Otra de las investigaciones encontradas, realizada por Hernández, *et al.* (2020) se interesó por caracterizar la soledad social en adultos mayores hospitalizados, constatando que:

La totalidad de los ancianos estudiados presentaban sentimientos de soledad, con predominio del nivel de soledad social medio y alto (41,5 y 39,2% respectivamente), a pesar de vivir en compañía. Según el estudio, los resultados se corresponden con los cambios a nivel social que están cada vez más acelerados, como las nuevas tecnologías, la revolución de los nuevos medios de comunicación y los sistemas de telefonía que sufren rápidas renovaciones. Además, se mostró que solo la cuarta parte de los ancianos entrevistados sentían tener algún apoyo social, representado por el 24,5 % de los mismos y el resto (75,5 %) contaban con apoyo social solo a veces (57,1 %) o nunca (18,4 %) (p. 7-8).

Los resultados de este estudio coinciden con los de Jürschik *et al.* (2013) en su investigación *Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores*, en los que también pudieron encontrar la presencia de soledad en adultos mayores, tal como lo mencionan: “La prevalencia del estado de ánimo negativo caracterizado por la soledad y tristeza fue bastante elevada (52,3%)” (p. 16).

Por otra parte, García e Ibarra (2018) en su investigación *Bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados del municipio de Rionegro*, buscaban

comparar la manera en que se auto perciben los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, en aspectos de su vida como la auto aceptación, relaciones interpersonales, autonomía, dominio del ambiente, propósito en la vida y crecimiento personal, encontrando que, “existen diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de autoaceptación y crecimiento personal” (p. 6) Las autoras plantean que:

La dimensión de autoaceptación es permeada por el entorno social y las personas con las cuales se rodea el sujeto, lo cual contribuye a que se tenga una percepción más favorable o desfavorable acerca de sí mismo y de sus propias limitaciones. Aspecto que se ve disminuido en los adultos mayores que residen en instituciones frente a quienes viven en sus hogares con su familia (p. 61) ...Por otra parte, la dimensión de crecimiento personal arrojó diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos. Los adultos mayores institucionalizados presentaron un nivel más bajo en cuanto a su percepción de expansión y metas a futuro debido a que el contexto en el que viven es un limitante para ello (p. 62).

Entonces, según García e Ibarra (2018): “No estar en condiciones de institucionalización, proporciona niveles más óptimos en cuanto a bienestar” (p. 6). Esto, ya que, los adultos mayores residentes en instituciones se ven más limitados para buscar espacios de socialización, crear y mantener vínculos, si bien pueden llegar a formar lazos de amistad con otros adultos mayores del hogar, la relación con sus familiares y otras personas externas a la institución se ve condicionada y afectada en el sentido en que solo mediante la visita pueden relacionarse y muchas veces estos adultos no son visitados, generando sentimientos de soledad y tristeza en ellos, mientras que, los adultos mayores no institucionalizados tienen mayor posibilidad de interacción con otras personas en diferentes contextos, lo que explica el que tengan un nivel mayor de autoaceptación y percepción de expansión y metas a futuro.

Las distintas investigaciones que se hallaron fueron tanto de tipo cuantitativo como cualitativo. A través de las investigaciones cuantitativas, por lo general, se buscaba estudiar presencia de casos clínicos, impacto o efectos de la hospitalización, mientras que, las investigaciones de tipo cualitativo fueron más utilizadas para conocer la percepción del paciente, la familia o el personal de salud frente al cuidado humanizado y el cómo se sentían en vivencia de la situación (hospitalización).

Durante el rastreo se encontraron tres líneas temáticas frecuentes al momento de investigar, estas son: el cuidado humanizado desde el personal de salud y el cuidado familiar, la soledad y el

apoyo social desde la experiencia del paciente y efectos o impacto psicológico de la hospitalización.

En cuanto al cuidado humanizado, se pudo evidenciar que existe una gran demanda por parte de los pacientes y sus familiares ante el cuidado brindando por los/as enfermeros/as, tras el cual, se espera que estos últimos puedan realizar su trabajo desde la comprensión del paciente como un ser holístico, social, espiritual, planteando la estrategia de Unidad de Cuidado Intensivo de puertas abiertas como una de las formas posibles para garantizar el cuidado humanizado, reconociendo la importancia del apoyo y acompañamiento de los familiares al paciente.

Molina y Bedoya (2021) a través de una monografía con modalidad de estado del arte, orientada a establecer los beneficios que representa para el paciente, la familia y el personal de salud la implementación de la estrategia de UCI de puertas abiertas, encontraron que:

Abrir las puertas de la UCI trae a los pacientes, sus familias y el personal de salud grandes beneficios como: disminuir tiempos de estancia al estar acompañados las 24 horas del día, ya que conocerán de primera mano los procedimientos y la evolución de su familiar, ganarán seguridad y confianza en sí mismos, en el personal de salud al permitir involucrarse en los cuidados al paciente (p. 54).

Y, según concluyen los autores:

Debemos entender que humanizar las UCI implica entender al ser humano en sus dimensiones holística, social, espiritual; comprender que antes de ser pacientes son seres humanos que requieren de cuidados con calidad y esto no solo se logra con la tecnología puesta al servicio del paciente sino permitirles estar acompañados de sus familiares en estos momentos tan críticos (p. 59).

En esta misma línea, Franchi *et al.* (2018), realizaron una investigación con el objetivo de describir la prevalencia de permanencia de padres o cuidadores junto a sus hijos en una UCIP de puertas abiertas y conocer la opinión de los padres o cuidadores, obteniendo como resultado que:

La invitación a acompañarlos durante las 24 horas de permanencia en la UCIP desde el ingreso a la misma y a permanecer durante los procedimientos invasivos, la reanimación y la muerte, fue visto como algo positivo aun en los que no aceptaron estar presentes (p. 168).

De esta manera, concluyen los autores:

Humanizar es abordar todos los aspectos del niño y su familia, como un verdadero equipo asistencial, lo que va más allá de los recursos materiales, la sofisticación de los equipos o

la complejidad de las unidades. Es comprender el derecho que tiene el niño críticamente enfermo de estar acompañado de sus seres queridos, independientemente de su gravedad, y un derecho de estos, si lo desean, de acompañarlo (p. 169).

En este mismo sentido, Jaramillo, *et al.* (2021), en su investigación, *Perspectiva de los profesionales de salud ante una unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas en la UCI del Hospital de especialidades Portoviejo*, encuentran que:

En general, el 75% de los profesionales opinaron que la visita abierta puede tener en el paciente un efecto beneficioso o muy beneficioso. El efecto sobre la familia también es considerado como potencialmente beneficioso o muy beneficioso en un 67,3% de los casos. En contraparte, la gran mayoría de los profesionales (91%) opinaron que la visita abierta resultaría poco beneficiosa para el personal de la UCI (p. 407).

Antolinez *et al.* (2019), en su investigación *Impacto de una unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas en un hospital de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá*, hallaron como resultados que: “La política de puertas abiertas impacta positivamente en los indicadores de gestión hospitalaria” (p. 49).

Por otra parte, más allá de la Unidad de Cuidados Intensivos de puertas abiertas como una posible estrategia para garantizar el cuidado humanizado, la percepción que tienen los pacientes y sus familiares de este cuidado es una de las investigaciones que resultaron más frecuentes durante la búsqueda de antecedentes, dando cuenta de los diferentes aspectos que tienen relevancia al momento de formarse una percepción.

Bautista *et al.* (2016) en su investigación *Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional*, encuentran que, existe una percepción favorable del 35,25 % en percepción de los familiares frente al apoyo emocional, un 71% tiene percepción favorable frente a la comunicación verbal y se da una percepción favorable del 80% frente a la comunicación no verbal. Para tal valoración, los familiares tienen en cuenta el interés que demuestran por ellos el personal de enfermería, la atención que les brindan, la comunicación y la escucha, la empatía, la cordialidad, amabilidad y la preocupación, de la misma manera, cuando los familiares perciben estos aspectos como ausentes o disminuidos construyen una percepción desfavorable en cuanto a la comunicación y el apoyo emocional.

Desde el punto de vista de los pacientes, en una investigación realizada por Bautista *et al.* (2015) en la cual, se buscaba describir el grado de percepción de los comportamientos del cuidado

de enfermería en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención, encontraron que: “los usuarios valoran más las acciones de atención, cariño, orientación y escucha recibidos por el personal de enfermería, porque fueron las acciones con el mayor porcentaje obtenido” (p. 116).

En esta misma línea, Silva (2012), Fernández *et al.* (2022) y Romero *et al.* (2016), se interesaron en sus distintas investigaciones por estudiar también la percepción del cuidado humanizado en pacientes, encontrando que, este cuidado es un tema relevante para los pacientes hospitalizados, teniendo mayor implicancia el buen trato, la amabilidad, la disposición y la aplicación de las estrategias de atención oportunas y efectivas para cada caso, como se evidencia por ejemplo, en la investigación de Silva (2012) con la percepción y vivencia de los niños y adolescentes hospitalizados acerca de las aulas hospitalarias, teniendo estas últimas una alta valoración por parte de los mismos, ya que, permite que continúen aún en la hospitalización, con su educación, que se puedan adaptar mejor y que la ansiedad y sus emociones tengan mayor soporte según los resultados obtenidos por la autora.

Por otra parte, distintos estudios se interesaron en investigar acerca de los familiares y el cuidado que estos pueden brindar al paciente. La investigación realizada por Escobar *et al.* (2016), buscaba conocer el significado que construye el personal de enfermería sobre los cuidadores familiares de personas hospitalizadas, tras lo cual, encontraron que:

Para el personal de enfermería el cuidador es importante en el ámbito hospitalario en la medida que está pendiente, colabora, facilita el cuidado y se interesa en aprender. En contraposición, es un obstáculo, porque no participa en las actividades de cuidado al paciente en el hospital, ya sea por miedo o falta de conocimientos (p. 80).

En las investigaciones de Alemán (2015) y Tautiva *et al.* (2022) a su vez, se interesaron por estudiar acerca de las estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes hospitalizados. En la primera investigación, se obtuvo como resultado que:

Las Familias de pacientes críticos abordan y asumen la situación de enfermedad de su familiar a través de un proceso de aceptación del problema, tomando un tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones, aclarar dudas, adquirir información de la situación; están atentos a cualquier cosa relacionada buscando medios posibles para enfrentarla, se hacen cargo de la situación y las dificultades las van solucionando a medida

que van apareciendo, desarrollando habilidades y creando un plan de acciones para enfrentarlo (p. 67).

Por otra parte, en la segunda investigación, la cual se llevó a cabo a través de una revisión de literatura, los resultados reflejan “de manera reiterada la incidencia emocional que tiene el proceso de permanencia en los integrantes de la familia del paciente y las secuelas psicológicas que se producen a largo plazo” (p. 8).

La estrategia de afrontamiento más recurrente en los estudios revisados es la respuesta emocional debido a la implicación afectiva que tiene en los familiares la hospitalización de su ser querido, razón por la cual, según plantean las autoras, es importante que los servicios de salud tengan presente el trato humanizado y contemplen protocolos que favorezcan una comunicación acorde con las necesidades de los familiares (p. 9).

Otra de las líneas temáticas con gran presencia en los antecedentes encontrados son la soledad y el apoyo social percibido por los pacientes.

Beltrán (2009) en su investigación *La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo*, a partir de la cual buscaba describir el significado que tiene la experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo, halló como resultados que:

Los participantes describen la UCI como un lugar de soledad, tristeza, frío, y olores propios, en donde se recibe un cuidado especial; un lugar en donde la palabra y el diálogo tienen fuerza sanadora, que motivan, emocionan y ubican en la realidad, pero también molestan y causan angustia, y en donde se debe ser buen paciente para recibir el cuidado de enfermería y merecer el elogio de los miembros del equipo de salud (p. 36).

Tras lo cual, el autor concluye que:

Teniendo en cuenta lo planteado por los participantes y las restricciones vigentes en el medio hospitalario, podría pensarse que existe una tendencia a dejar solos a los pacientes, a aislarlos, sin indicación alguna en muchos casos y a obligarlos a vivir su rol de enfermos en la soledad, pero no tanto en la soledad física, sino afectiva (p. 44).

La soledad que viven los pacientes hospitalizados los lleva a la tristeza y a otras emociones que pueden contribuir, junto con los efectos de la enfermedad, al sufrimiento psicológico. Para favorecer su ubicación en la realidad, el diálogo, la comunicación y la compañía familiar son imprescindibles (p. 44).

En la misma línea, Yañez (2021) realiza un estudio para determinar el nivel de soledad experimentado por los pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en un hospital de Lima metropolitana, tras el cual:

Se concluye que los participantes del estudio presentaron niveles moderados y altos del sentimiento de soledad (60%) (p. 53) ...Los precipitantes de este estado se atribuyen a: aislamiento físico, poca comprensión de la enfermedad, temor a la muerte, anticipación a la exclusión social, separación de familiares, cambio del estilo de vida, ausencia real de soporte familiar y social (p. 53).

En cuanto a la proporción de participantes con niveles bajos de soledad, los cuáles se aproximan a la mitad de ellos (40%), se concluye que estos pueden haber sido influenciados por: características inherentes a su personalidad (estilo de afronte, neuroticismo, extraversión, entre otros no explorados), apoyo del personal de salud (psicólogos/as, enfermeras/os, médicos/as), relación con otros pacientes, comunicación a través de las redes sociales, entre otros (p. 53).

En cuanto al apoyo social, son distintas las investigaciones que también se han generado en torno a esta temática. Una de ellas es la realizada por Duque *et al.* (2020), tras la cual, pretendían a través de una revisión bibliográfica, conocer si influye el apoyo emocional de los familiares en los pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), obteniendo como resultado que: “los pacientes que tienen el apoyo de su familia durante la estancia en esta unidad tienen menor puntuación en el nivel de estrés que aquellos pacientes que no tienen a sus familiares con ellos” (p. 17). En este punto, resulta pertinente mencionar nuevamente la investigación realizada por Valencia (2015), en la que se constata no solo la disminución de redes de apoyo y el establecimiento de contacto con los familiares en menor medida en los adultos mayores del hogar geriátrico, sino también, que en cuanto a la amistad:

En ambos grupos, las amistades se constituyen como una fuente de bienestar, principalmente de tipo emocional en donde las principales características de este tipo de vínculos giran en torno a la escucha, la confianza, la mutua compañía, entre otras (p. 64) se ha podido observar, además cómo los lazos afectivos pueden convertirse en factores protectores de la soledad, patologías psíquicas e incluso físicas (p. 76) y que los lazos afectivos son percibidos como fuente de bienestar para el sujeto. A pesar de que hay una reducción significativa de las relaciones conformadas a lo largo de la vida, se puede apreciar

como las que aún permanecen en el tiempo pueden configurarse como un sostén emocional para los senescentes (p. 76).

Otros autores como Barraza y Palacios (2018), Valqui (2022), Roca y Riccardi (2014), Astudillo *et al.* (2012) se interesaron en sus investigaciones también por estudiar la efectividad del apoyo social, el acompañamiento y la visita familiar, concluyendo de la misma manera que, estos factores son muy importantes, pueden llegar a generar efectos muy positivos en aquellos pacientes que cuentan con la presencia y el acompañamiento de su familia, tanto como, la prevención de afectaciones adversas a la enfermedad hospitalaria, la mejora de sus síntomas y la permanencia en el hospital.

Como se menciona páginas anteriores, los efectos o el impacto psicológico de la hospitalización es también un tema muy estudiado en las diferentes investigaciones encontradas, lo que se muestra por lo general es que tanto la depresión como la ansiedad están presentes frecuentemente en pacientes hospitalizados.

Bénitez *et al.* (2016) en su investigación *Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico*, obtuvieron como hallazgos que:

Uno de los aspectos que más generan choque y confusión en los pacientes con larga estancia hospitalaria, es el abandonar sus actividades laborales y cotidianas, lo que añadido a su deterioro físico y a la sintomatología clínica generada por la o las patologías que incrementan su estancia, provoca una deshabitación en sus actividades diarias, y facilita la manifestación de conductas no adaptativas en el proceso de hospitalización. (p. 396) ...destacan marcados estados depresivos, ansiedad rasgo y baja expresión emocional abierta como aspectos a considerar, sin embargo, se presenta una alta reevaluación positiva que es de vital importancia para el afrontamiento de las dificultades que estos pacientes presentan en el ámbito hospitalario (p. 397).

Resultados que coinciden con los de Flórez (2020) en su investigación *Factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados del hospital regional del Cusco en febrero del 2020* encontrando que, el caso clínico de depresión y ansiedad suelen estar presentes en pacientes hospitalizados con un 21.74% con depresión y un 30.43% con ansiedad.

En la misma línea, Carrera y Cedeño (2021) en una investigación en la cual se interesaron por conocer el impacto emocional en pacientes aislados de sus familias, en periodo de pandemia y con diagnóstico de SARS-CoV-2, encontraron que:

Con relación a la depresión se denotan porcentajes relativamente altos. El 27% de los pacientes refirieron que “casi siempre sentí que la vida no tenía ningún sentido”, mientras que el 23% de ellos señalaron que “casi siempre se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas” y “sentí que no tenía nada por que vivir” (p. 1137) ...En relación con los resultados obtenidos para la ansiedad, el 60% de los pacientes indicaron tener miedo a menudo. Sin embargo, solamente un 30% refirió que casi siempre tuvieron miedo sin razón, por lo que se analiza que los porcentajes de ansiedad fueron altos (p. 1138) ...De acuerdo con lo observado en el nivel de estrés, se denota que el 40% de los pacientes sintieron muchos nervios durante su estancia hospitalaria, refiriendo que esto les pasó casi siempre, mientras que un 33% refirió “Me costó mucho relajarme”, sentimiento que experimentaron a menudo (p. 1139).

Por otra parte, Santiago y Vargas (2015) en su investigación *Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla*, encuentran en los resultados que:

Cuando una persona ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos experimenta sentimientos de angustia (p. 386) ...Sin embargo, el nivel de ansiedad disminuye cuando son bien recibidos por el personal de enfermería que los atiende, generándose sentimientos de acogimiento y respeto en la persona, debido al cuidado diligente y a la atención con calidad humana (p. 386) ...Para los participantes del presente estudio, los procedimientos que les fueron realizados generaron temor y ansiedad. Estos sentimientos dieron paso a la vivencia de una experiencia traumática, dolorosa y poco placentera, al no sentirse informados previamente sobre los procedimientos que se les iba a realizar (p. 387).

Tras lo cual, las autoras concluyen que:

Las vivencias expresadas por los participantes corroboran lo hallado en estudios similares, los cuales convergen al afirmar que el ingreso a la unidad de cuidado intensivo genera una serie de sentimientos negativos en la persona, que marcan de manera significativa su experiencia de vida, pero también influyen aspectos positivos derivados de la atención humanizada del personal de enfermería (p. 388-389).

Como se muestra también en los hallazgos de Ruidiaz y Fernández (2020), quienes buscaban comprender las experiencias de pacientes egresados de la unidad de cuidado intensivo, encontrando el temor y la angustia como los sentimientos expresados por los participantes en el tiempo que estuvieron hospitalizados en la UCI y para quienes el núcleo familiar, la fortaleza espiritual, la transformación y los cambios de vida son primordiales.

Al igual, Parrello y Osorio (2013), en su investigación *Reconstrucción narrativa de una experiencia de hospitalización*, concluyen que: “el hospital, aunque se concibe como una institución que ayuda a sanar, interrumpe la rutina diaria, produce aislamiento y provoca miedo” (p. 177).

Como se ha presentado en este apartado, el rastreo de antecedentes investigativos permite dimensionar los diferentes estudios que se han llevado a cabo en relación con los pacientes hospitalizados, los efectos y el impacto de la hospitalización, la percepción que tienen del apoyo social que se les brinda y el cuidado humanizado en la atención por parte del personal de salud. No obstante, la pregunta se ha dirigido al personal de salud y a los familiares de los pacientes, no a los mismos pacientes que son quienes están viviendo la experiencia de manera directa. Es por esta razón que, en el presente estudio se busca responder al cuestionamiento sobre cuáles son las experiencias emocionales que se generan en pacientes con ausencia de vínculos afectivos durante la hospitalización y lo que implica la ausencia de estos vínculos. A través de esta investigación de tipo cualitativo se busca contribuir al saber y el comprender de las entidades de salud y la comunidad acerca de lo que puede significar para los pacientes hospitalizados no contar con vínculos afectivos durante una experiencia crucial como puede ser la enfermedad y la hospitalización.

## Justificación

Todos los seres humanos enfrentan, en algún momento de la vida, la experiencia de estar hospitalizado y esto quiere decir que, la hospitalización no es un fenómeno ajeno y que está más presente en el transcurso de la vida de lo que se piensa. Cuando se sufre alguna enfermedad o afección en la salud, que requiere de constante observación, por lo general, se debe permanecer en el hospital y las implicaciones que esto tiene sobre los diferentes ámbitos de la vida del paciente enfermo pueden ser muy significativas.

Además, debe considerarse que no es solo la esfera física la que se ve afectada como consecuencia de la enfermedad, sino también lo emocional, agravándose aún más con lo que implica el estar hospitalizado. Estar en un lugar que no es considerado como el propio, que es extraño, con personas desconocidas, un lugar que obliga a abandonar las actividades cotidianas que hacen parte de la vida (el trabajo, compartir con amigos, la familia, salir a caminar, a conversar, entre otras) donde la privacidad se ve interrumpida y lo cotidiano ahora debe convertirse en la supervisión de enfermeros/as, médicos, monitoreos, aplicación de instrumentos, medicamentos, etc., produce en el paciente un mayor grado de vulnerabilidad y afectación en el que los vínculos afectivos con los que cuente el paciente tendrán un papel trascendental.

A través del acompañamiento, el apoyo, la comprensión y el afecto que se brinda en el vínculo afectivo, el paciente puede permitirse una mayor comunicación de lo que piensa, lo que siente, puede sentirse acompañado, reconfortado, con mayor confianza y conocimiento de la realidad. Sin embargo, existen pacientes que no cuenta con vínculos afectivos y que, por el contrario, se sienten solos y abandonados durante su hospitalización, trayendo esto mayores consecuencias y afectaciones para la vida y la salud, no solo llegan a experimentar bajos estados de ánimo, sentimientos de tristeza, sino que también esto influye en su recuperación; puede significar una estancia de hospitalización prolongada, incremento de los síntomas de la enfermedad e incluso pueden llegar a desarrollar conductas desadaptativas, lo cual, siguiendo con lo anterior, conlleva al deterioro de la salud.

Es así como, a través de la búsqueda de información y revisión de antecedentes acerca del tema, fue posible notar que no existe un estudio que se haya interesado o direccionado a comprender las experiencias emocionales de pacientes hospitalizados con ausencia de vínculos afectivo. Específicamente, en el municipio de Ciudad Bolívar, Antioquia, aunque cuenta con un hospital de segundo nivel en el que el servicio de hospitalización tiene gran demanda, no se han

hecho investigaciones orientadas a pensar este tema que puede significar una experiencia crucial en la vida de cada persona.

Es por lo anterior que, resulta imprescindible buscar comprender las experiencias emocionales de estos pacientes, porque se permitirá el conocimiento y la reflexión de todas las familias, el personal de salud y la comunidad en general, acerca de esta problemática y que así se puedan buscar y crear estrategias de apoyo, acompañamiento y protección a los pacientes hospitalizados influyendo de manera positiva en su salud psicológica.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Explorar las experiencias emocionales de pacientes hospitalizados y sus vínculos afectivos con el personal especializado y los acompañantes, en el Hospital la Merced, Ciudad Bolívar, Antioquia.

### **Objetivos específicos**

- Conocer los modelos de vínculos que se dan entre el paciente y sus acompañantes y profesionales encargados de su cuidado.
- Identificar convergencias y divergencias entre pacientes con acompañantes y sin ellos.
- Describir las implicaciones que tiene en la salud emocional la ausencia de vínculos afectivos en pacientes hospitalizados.

## Marco teórico

Para la comprensión de la problemática estudiada, fue necesario la conceptualización y revisión teórica de los planteamientos de distintos autores psicoanalíticos acerca de aspectos como la metapsicología freudiana y Kleiniana, el duelo y el sentimiento de soledad.

### **La metapsicología Freudiana una estructura para explorar el psiquismo**

A lo largo de la existencia humana, se han generado múltiples intereses por comprender la vida psíquica, el funcionamiento normal y lo patológico del ser humano. Es así como, el padre del psicoanálisis Sigmund Freud, a través de su trabajo investigativo y clínico elaboró una teoría capaz de explicar el funcionamiento psíquico, a través de la metapsicología que abarca cuatro dimensiones, a saber, la dimensión estructural, la dimensión genética, la dimensión dinámica, y la dimensión económica. Mostrando como a partir de la interacción de todas se da el funcionamiento de la mente. Ahora bien, la exploración teórica se realizó solo desde la dimensión estructural de Freud.

Freud tuvo su primer acercamiento a la dimensión estructural de la mente cuando teorizó sobre la primera tópica en la que describió los sistemas: consciente, preconsciente e inconsciente del aparato psíquico y luego en la elaboración de la segunda tópica dio un giro hacia las instancias psíquicas: Yo, Ello y Super-yo.

Si se quisiera, entonces, explicar el psiquismo desde el proceso en el que se va desarrollando o evolucionando, es necesario comenzar con el Ello, ya que, según lo plantea Freud en su obra **El yo y el ello de 1923**, el Ello, es aquel con el que nace el individuo, es decir, el sujeto desde su nacimiento contiene pulsiones, fuerzas que provocan el movimiento del psiquismo hacia la vida o hacia la muerte. En el Ello solamente opera el sistema inconsciente, aquel en el cual, se halla lo reprimido por el sujeto, y, solo tendremos información de lo inconsciente haciéndolo consciente, “Aun de lo Inconsciente sólo podemos tomar noticia haciéndolo consciente” (Freud, 1923, p. 21).

De esta manera, continuando con lo formulado por Freud, de la relación del Ello con lo externo nace el Yo, “Es fácil intuir que el yo es la parte del ello alterada por la influencia directa del mundo exterior” (Freud, 1923, p. 27), es en la primera relación, en la identificación con otros objetos, principalmente con quien hace el papel de madre, que se empieza a formar el Yo y cada una de sus características, “Un individuo es ahora para nosotros un ello psíquico, no conocido e

inconsciente, sobre el cual, como una superficie, se asienta el yo, desarrollado desde el sistema P como si fuera su núcleo” (Freud, 1923, p. 25-26).

Por consiguiente, el Yo, es la instancia que se encarga de conducir todas las funciones superiores, incluyendo las defensas, y, de luchar contra los impulsos instintivos, como lo nombra Freud: “Para el yo, la percepción cumple el papel que en el ello corresponde a la pulsión. El yo es el representante de lo que puede llamarse razón y prudencia, por oposición al ello, que contiene las pasiones”, (1923, p. 27), permite, además, la relación con el mundo exterior y se constituye de un aparato tanto consciente como inconsciente; si bien, se pensaba que el Yo es puramente consciente, Freud señala que, “El yo es, además, inconsciente” (1923, p. 25), siendo conscientes “Todas las percepciones que nos vienen de afuera (percepciones sensoriales); y, de adentro, lo que llamamos sensaciones y sentimientos” (Freud, 1923, p. 21), porque, si el Yo nace a partir de la interacción del Ello con el mundo exterior, el Ello, siendo puramente inconsciente, hereda este aspecto también al Yo.

En consecuencia, con lo anterior, el Yo puede llegar a debilitarse ante una situación que le produzca dolor y sufrimiento, se debilita porque ha sido una construcción, y de esta manera su ejercicio de dirigir las funciones superiores se entorpece o se debilita, mientras que, el Ello mantiene sus fuerzas constantes, porque ha estado desde el nacimiento.

Por otro lado, Freud expone que, si bien el Yo, cuenta con un Ello que lo provee de impulsos y energía, también encuentra en su relación e identificación con los objetos, un límite a esos instintos, lo cual, es llamado el Super Yo. Este nace a partir del Yo, en la misma interacción con el mundo externo, pero, desde las reglas y los mandatos de los padres, donde el sujeto comienza a diferenciar entre lo bueno y lo malo, lo que puede hacer y lo que no.

Por lo anterior, las instancias Yo, Ello y Super Yo nunca podrán estar en armonía, como lo señala Freud, ya que, por un lado, está el Ello con sus impulsos y, por el otro, el Yo lucha contra ellos porque es lo que le impone el Super Yo, por lo tanto, está en constante elección entre lo que le dictan sus pulsiones y lo que le manda el Super Yo.

### **Pensar el duelo desde Freud**

Las personas a lo largo de la vida suelen tener múltiples pérdidas, desde el nacimiento, por ejemplo, se debe abandonar el vientre de la madre, implicando grandes cambios y modificaciones, sin embargo, no todas las pérdidas son significativas, esto será de acuerdo con cada persona, su

experiencia y el vínculo con el objeto perdido y, cuando implica una pérdida significativa, el individuo entra en un estado de duelo o melancolía.

Sigmund Freud en su texto *Duelo y Melancolía (1917[1915])*, plantea que:

El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía (y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza). (p.4)

En línea con lo anterior, el duelo como también la melancolía, son dos estados diferentes de la mente que se dan ante una pérdida significativa para el sujeto, a partir de la construcción de un vínculo con un objeto y la pérdida de este. El duelo, por su parte, es un proceso largo y normal que requiere una transición de desidentificación y del afecto que lo acompaña, lo que termina lográndose. La melancolía, es un estado más depresivo en el que el sujeto no logra adaptarse a un mundo sin lo perdido.

El proceso de duelo se presenta entonces, con una realidad impuesta al sujeto, la realidad de la pérdida, ante la cual, el sujeto se resiste y se niega a desligarse de su objeto, desea que la realidad no sea otra más que la permanencia del vínculo, sin embargo, con un gran uso de tiempo y con gran dolor, el sujeto termina respetando la realidad de la pérdida y elaborando su duelo.

Así mismo, las situaciones que suceden tanto al duelo como a la melancolía y el cuadro que estos presentan, justifican una semejanza, pero, existe un aspecto que logra diferenciar uno de otro: la perturbación del sentimiento de sí. Como lo planea Freud:

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. (p.4)

Lo anterior, son rasgos evidentes también en el estado de duelo, excepto, la perturbación del sentimiento de sí, en la que, el sujeto “Describe su yo como indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo” (p.5), además, termina en una entrega total de intereses denotando así un completo estado de melancolía.

De la misma forma, mientras que en el duelo se presenta un empobrecimiento del mundo exterior, en donde no existe nada más que no esté relacionado con lo perdido, en la melancolía se

empobrece el yo, por lo que el sujeto se auto reprocha y se hace señalamientos que, si se miran profundamente y de manera más detallada, es posible notar que, tales reproches son para un ser amado, como lo plantea Freud:

Si con tenacidad se presta oídos a las querellas que el paciente se dirige, llega un momento en que no es posible sustraerse a la impresión de que las más fuertes de ellas se adecuan muy poco a su propia persona y muchas veces, con levísimas modificaciones, se ajustan a otra persona que el enfermo ama, ha amado o amaría. (p.6)

Lo anterior permite señalar que, lo que caracteriza al melancólico en su proceso es que, no retira su energía del objeto perdido para quedar libre y ponerla en otro, como se hace en el duelo, sino que, la desplaza sobre el yo, recayendo la sombra sobre el sí mismo como lo dice Freud.

### **El arduo trabajo del duelo desde Cecilia Muñoz**

Cecilia Muñoz en su texto *El arduo trabajo del duelo (2010)*, tras una profunda conceptualización del proceso de duelo, a partir de la teoría de Freud y otros autores psicoanalíticos, brinda una comprensión y dimensión de lo que significa una pérdida para el individuo y en lo que consiste la elaboración del duelo, todo el trabajo psíquico que la pérdida implica.

Muñoz plantea que, hay 5 actividades básicas para poder llegar a elaborar un duelo y que no se convierta en patológico: Recuperar el dolor y la rabia que produce la pérdida, reducir las maniobras defensivas que utiliza la persona para evitar el dolor y sufrimiento, recuperar las cualidades vitales del objeto que se pierde y las propias, reducir el uso masivo de identificación proyectiva, para que no haya confusión ni debilitamiento del yo, y, por último, reducir las ansiedades paranoides que provocan el uso de mecanismos esquizoides que desintegran al self y los objetos.

Por su parte, ante el dolor y la rabia que experimenta el doliente con la muerte de un ser querido, una primera manera de afrontarlo es a través de la evitación, el sujeto evita sentir todo el sufrimiento y dolor que implica la pérdida, porque “siente que la carga de dolor y de demandas no sólo le es excesiva, sino también intolerable” (Muñoz, 2010, p. 160) y/o, porque debe hacerse cargo de otras pérdidas secundarias a la pérdida primaria y de los sentimientos de dolor, rabia y sufrimiento de un ser querido que también padece la pérdida. Por ejemplo, como lo plantea Muñoz (2010), cuando un padre muere, el padre que queda doliente se le dificulta hacerse cargo del dolor

de sus hijos, por lo intolerable que le resulta la pérdida y el debilitamiento que la misma le ocasiona, entonces, muchas veces, el hijo, dependiendo la edad y la posición que ocupa dentro de la familia, debe dejar de lado su dolor y su rabia, para ocuparse del dolor y la rabia de su padre doliente, sus hermanos o demás familiares.

Es por lo anterior que, para que una persona doliente logre recuperar los sentimientos de dolor y rabia, una de las actividades básicas para la elaboración del duelo, tal y como lo plantea Muñoz (2010), es necesario que se brinde un acompañamiento a la persona o al niño que pierde a un padre, acompañamiento en el que a través de la actitud de tranquilidad, calma y comprensión se lleve a la persona misma a comprender y aceptar su realidad y su experiencia emocional.

En congruencia con lo anterior, es necesario ser un objeto continente, es decir, realizar actividades que son complejas, pero que permiten que el doliente viva y experimente su dolor, pueda darle nombre, comprender que es una reacción lógica ante el duelo y así poder aceptar sus emociones de rabia y sufrimiento (Muñoz, 2010).

Es entonces necesario

Acompañarlos en la exploración de su estado emocional ante nuevas y desconocidas realidades y contribuir a darle un sentido familiar, reconocible y seguro a sus vivencias; hacerse cargo de sus pulsiones caóticas, de sus temores con relación a estas y hacerlas más tolerables (Muñoz, 2010, p. 161).

Así mismo, es importante que la persona logre interesarse nuevamente por el mundo y que pueda interiorizar la capacidad de contención para que así, no vuelva a evadir sus emociones de rabia, de dolor, ni sus temores (Muñoz, 2010). Además, valorar los vínculos con otros objetos importantes y transformar el vínculo con el objeto perdido, consecuentemente valorar y transformar el mundo interno y externo.

De la misma manera, para reducir las maniobras defensivas que utiliza la persona para evitar el dolor y sufrimiento, como lo son la negación, idealización, escisión y proyección, es necesario enfrentar el dolor de la pérdida. Tal y como lo plantea Muñoz (2010), es importante recuperar la confianza y las cualidades del objeto perdido, ya que esto permite que disminuyan las maniobras defensivas y se evita la alteración de la realidad.

Prosiguiendo con lo anterior, es fundamental erradicar las mentiras e ideas incorrectas acerca de la muerte o de la pérdida del objeto, porque así se permite el afrontamiento de la experiencia de dolor y que se pueda pensar sobre la misma. Consecuentemente, exponer los

elementos del azar como la enfermedad, accidentes, violencia que contribuyen a la muerte (Muñoz, 2010), posibilita el afrontamiento de la pérdida y evita sentimientos de culpa y confusión.

Es además conveniente, como lo plantea Muñoz (2010), que el niño o la persona doliente pueda reconstruir al objeto perdido, imaginarlo y recordarlo vivo, pensar acerca de los momentos vividos y los relacionados a la muerte, separándolos y especificándolos, permitiendo que la experiencia pueda ser más digerible y aceptada, reduciendo las maniobras defensivas.

Finalmente, en la contribución a reducir las maniobras defensivas, es imprescindible llegar a la integración de los sentimientos, para esto, es preciso, explorar la escisión de los sentimientos del doliente, sobre qué objetos o funciones mentales se encuentra localizado el sentimiento de dolor, si este es persecutorio o depresivo, si es propio o de otros objetos dolientes como los hermanos, el padre doliente, etc. (Muñoz, 2010).

Por otro lado, en cuanto a recuperar las cualidades vitales del objeto que se pierde y las propias, es un proceso totalmente necesario en la elaboración del duelo, ya que, cuando una persona pierde a un ser querido o un niño pierde a su padre, esta pérdida implica otra serie de pérdidas, “La muerte del padre representa la muerte de muchos aspectos vitales” (Muñoz, 2010, p. 162), por ejemplo, cuando uno de los padres muere, el padre doliente puede llegar a quedar psíquicamente quebrado, tal y como lo plantea Muñoz, el niño se siente solo, envuelto en sentimientos de dolor, sufrimiento y no encuentra con quien compartirlos, entonces, no solo se pierde al padre fallecido, sino que también se pierden aspectos del padre vivo.

Con la muerte de un padre, “el hijo pierde la mirada y la voz que lo refleja, que le permite la existencia de ser amado y respetado, la existencia alegre entre los padres satisfechos con su existencia” (Muñoz, 2010, p. 165), se pierde la continuidad de muchos procesos, la educación de los hijos se ve interrumpida, muchas veces se pierde la estabilidad económica, la cotidianidad de contar con ambos padres y disfrutar de actividades juntos. Se presenta gran afectación en la vida psíquica del doliente, por lo que es fundamental en la elaboración del duelo, recuperar las cualidades vitales del objeto que se pierde y las propias.

En congruencia con lo anterior, es fundamental que se recuperen todas las pérdidas eventuales a la pérdida del padre, que se empiece a recuperar la relación que se tenía con él antes de su muerte, que se recuperen aquellos aspectos que permitieron una relación bondadosa, amable, a través de los recuerdos e imágenes de esos momentos y de toda la historia con el padre, esto permitirá recuperar la imagen vital que se tenía del mismo.

Los recuerdos vitales del padre muerto permiten recuperar todas aquellas actividades, sentimientos y sensaciones que los niños tenían en el momento de la pérdida, y que olvidaron y dejaron de lado porque eran eventos vitales ligados al padre muerto cuando aún estaba con vida. (Muñoz, 2010, p. 163)

Así mismo, no solo es imprescindible recuperar la imagen vital del padre perdido, sino también la del padre que sobrevive, para esto es necesario recordar su reacción ante la muerte del otro padre, qué hacía, qué decía acerca de la pérdida, del futuro, etc., y poder reconstruir la imagen de los padres antes del momento de dolor y sufrimiento, esto “Con el fin de volver a crear internamente sus funciones afectivas de cariño, protección y control” (Muñoz, 2010, p. 163).

Igualmente, es importante que el niño pueda recuperar las cualidades tanto buenas como malas de ambos padres, del padre perdido y del que sobrevive, y, de esta manera, poder observar el comportamiento del niño y comprender si la conducta que ha adoptado tras la pérdida es un intento por reemplazar al padre fallecido en sus funciones como padre, o si son reacciones de rabia contra el padre muerto.

En este mismo sentido, es fundamental que el niño pueda recomponer la imagen del padre bueno, amable, protector y confiable en su mundo interno, porque así, podrá recuperar esta misma confianza en el mundo externo como un mundo también protector, benévolo y seguro, lo que permitirá que las ansiedades depresivas relacionadas al daño que se imagina que se le ha hecho al padre perdido, llevándolo a su muerte, se reduzcan. De la misma manera “Los objetos restaurados en el mundo interno reducen las dificultades en la formación de símbolos, en el aprendizaje, en la socialización y en su capacidad para relacionarse con otras personas y con el mundo en general” (Muñoz, 2010, p. 163).

Además, contribuye en la elaboración del duelo, el pensar en un buen o mejor futuro, en el que se reconsideren los planes que se tenían cuando el padre estaba vivo, la manera en que este contribuiría al logro de los mismos y reencaminarse hacia ello.

Con la pérdida del padre, específicamente cuando esta se da en la etapa de la adolescencia, en la que el hijo empieza a tener identificaciones e introyectar cualidades, puede darse que el adolescente busque otros ídolos, para identificarse con ellos y que adopte una actitud en contra del padre que lo abandonó y así mismo en contra de las personas buenas que también podrían abandonarlo, por lo que puede verse inmerso en un mundo de enojo, de destrucción y maltrato, por esto,

Es necesario recuperar a los niños de la soledad, la desesperación, la infelicidad, la exaltación y aun de la locura en la que se sumergieron después de la pérdida del padre y reconstruir en su mente un padre que acompañe y oriente, y que a la vez ejerza una función de límite en su proceso destructivo y recupere la esperanza en un futuro más propio y autónomo. (Muñoz, 2010, p. 164)

En cuanto a reducir el uso masivo de la identificación proyectiva, Muñoz señala que es necesario que se pueda diferenciar entre las necesidades, los deseos, ideales y nostalgias propias de las de los padres o los abuelos, esto dado que, desde los primeros meses de vida, a través de la interacción entre los procesos de introyección y proyección se va conformando lo que es la historia del niño con sus necesidades, deseos e ideales propios, pero que tienen algo de los padres a partir de la identificación con ellos. Entonces, algunas veces, el hijo puede actuar en pro de cumplir los ideales de los padres, o de los abuelos o los suyos propios y, tras la muerte de los padres o uno de ellos, esto se incrementa, llegando a adoptar un comportamiento similar o igual al del padre que fallece, en búsqueda por los ideales que este tenía cuando vivo, y no se toman ya solo cualidades, sino que se transforma en el padre, generando dificultades para el desarrollo del verdadero self.

Así mismo, se produce confusión y desorientación e incluso procesos de represión y negación, tal y como lo menciona Muñoz (2010), “Éste no solo se encuentra en el caos de sus propios sentimientos y temores, sino en el caos de deseos e ideales de los padres” (p. 166), por lo que, el proceso de diferenciación entre los deseos e ideales propios y los de los padres, permite reducir la identificación confusa y que el yo pueda volver a orientarse, “Descubrir aquello que verdaderamente es de él, y que lo diferencia de todo aquello que proviene del padre, le permite deshacerse de todo aquello que se echaron encima durante su vida y después de su muerte” (Muñoz, 2010, p. 166).

También es cierto que, el convertirse en el padre, hacer lo que él solía hacer, mantener sus ideales, gustos y actividades se vuelve la necesidad vital del hijo que quiere mantener vivo a su padre, pero, como se mencionó anteriormente, esto anula el verdadero self, y, por esto es importante que se explore la identificación que tiene el hijo con el padre, si es de cualidad malévolas o benévola, ya que, como lo plantea Muñoz, si la cualidad es benévola, “Asegura una mejor y más rápida recuperación del duelo” (2010, p. 167).

Es necesario además que, se logre hacer una diferenciación entre el duelo y los sentimientos de dolor y rabia por la pérdida del padre muerto y por la pérdida del padre vivo, la identificación

que se tiene con el padre cuando estaba vivo, tras su muerte, y la identificación con las cualidades buenas y malas, para de esa manera recuperar la identidad propia.

Por último, reducir las ansiedades persecutorias. En este proceso, Muñoz menciona que, tras la muerte del padre, el padre que queda vivo, sumido en su propio dolor ante la pérdida que le resulta intolerable, no logra recibir los sentimientos de sufrimiento y temor de sus hijos, el temor a morir o a que otros seres queridos mueran, por lo que, el niño tampoco alcanza a tener nuevas experiencias y a adoptar la capacidad de contención, “Estos padres orientan a sus hijos hacia la sobreactividad ansiosa, a la intolerancia al dolor y a la incapacidad de pensar” (Muñoz, 2010, p. 168), es por esto que, en el proceso de elaboración del duelo, el terapeuta debe llevar al niño a pensar sobre sus sentimientos, su dolor y sus temores, que el niño pueda comprender que su temor a la muerte, a que otros objetos también mueran es causa de la pérdida de su padre que le resultó intolerable, y de esta manera, pueda aceptar y tolerar sus temores.

Consiguientemente, tras la muerte del padre, el niño experimenta sentimientos de rabia frente a situaciones beneficiosas para otros, que le recuerdan su desgracia, por este motivo, es importante que el terapeuta pueda modificar ese pensamiento en el que el niño comprenda que lo que sucede a los demás no tiene relación con sus dificultades.

Es además una función del terapeuta, como lo señala Muñoz, disminuir o erradicar las ansiedades depresivas que también aparecen. La culpa que el niño alcanza a sentir, asumiendo la responsabilidad de haber podido evitar la muerte del padre, es importante desmontarla enseñando al niño que en la muerte del padre participaron factores de azar, como también factores sociales, de recursos económicos, etc., y que él también ha sido víctima del acontecimiento. Esto será fundamental en la elaboración del duelo, al igual que trabajar las ansiedades persecutorias, en las que le niño llega a pensar que su padre muerto tomará venganza, aparecerá como un fantasma y le hará daño.

### **La constitución del psiquismo desde la metapsicología ampliada de Melanie Klein**

Los términos Yo y Sí mismo, estudiados y definidos desde el psicoanálisis son muy importantes dentro de la explicación del desarrollo infantil. El yo es aquel que se encarga de dirigir todas las funciones superiores, se encarga además de las defensas y de luchar con los impulsos instintivos, permite la relación con el mundo exterior y, como lo menciona Klein: “Tiene a su cargo la importante tarea de defenderse contra la ansiedad provocada por el conflicto interno y por las

influencias del exterior” (p. 3), además, da paso a procesos como la introyección y la proyección. El sí mismo por su parte, engloba tanto al yo y al ello, que es la vida instintiva del sujeto, es decir, el sí mismo, es la personalidad en sí.

Para Melani Klein, a diferencia de Freud, el yo está presente desde el nacimiento del bebé, es decir, se trata de un yo temprano, por lo tanto, los procesos de introyección y proyección también. Ambos procesos permiten la relación del bebé con el mundo exterior y a su vez, influyen en su mundo interno. La introyección, es aquella mediante la cual, las experiencias, las situaciones vividas, el ambiente, los objetos, se comprenden como externas, pero, influyen y se introducen en el mundo interno modificándolo o formándolo. La proyección, es el proceso mediante el cual, el bebé atribuye sentimientos al objeto, sentimientos o emociones que él mismo experimenta.

Estos procesos no hacen parte solo del inicio del desarrollo, sino que, permanecen a lo largo de la vida, lo que significa que tienen gran importancia en el desarrollo del sujeto y su relación con el mundo, “Incluso en el adulto, la percepción de la realidad nunca se libera por completo de la influencia de su mundo interno” (Klein, 1959, p. 4).

Prosiguiendo con lo anterior, la introyección y la proyección son importantes dentro del desarrollo, por la influencia, la formación y las modificaciones que estos ejercen dentro del mundo interno, determinando así las actitudes, la personalidad y las percepciones del sujeto frente a cada experiencia.

La madre o quien cumple sus funciones, es el primer objeto que el niño introyecta, es decir, pasa a ser parte del sí mismo, ya que, como se mencionó anteriormente, esta es quien provee todos los cuidados, la alimentación, el amor y el calor al bebé, por tanto, que el niño haga una introyección de su madre como un objeto bueno, al recibir todos estos cuidados, permitirá su buen desarrollo y que, el niño continúe identificándose con buenos objetos que le generen beneficios y sentimientos de felicidad. Por el contrario, si la introyección que se hace de la madre es la de un objeto malo, porque esta hace que se promueva el sentimiento de ansiedad persecutoria, el resentimiento, el niño podrá identificarse con otros objetos malos, que le generen ansiedad persecutoria y resentimiento. Es por esto que, un buen ambiente, lleno de beneficios para el bebé, de objetos buenos, será propicio para el buen desarrollo. Como lo describe Klein:

Todo ello contribuye a formar una personalidad estable y hace posible extender a otras personas los sentimientos de cordialidad y simpatía. Resulta evidente que la buena relación

entre los padres, y entre éstos y el niño, y una feliz atmósfera en el hogar, desempeñan un papel vital para el éxito de este proceso (p. 5-6).

Sin embargo, así los sentimientos del bebé hacia los objetos sean de cordialidad y simpatía, el odio y la agresión como sentimientos e impulsos innatos continúan presentes, por lo que el contexto y las situaciones externas podrán influir en que afloren sentimientos de felicidad o por el contrario odio, resentimiento, agresión.

Por otro lado, si la introyección permite adquirir características del objeto con el cual se identifica, introyectar aspectos de ese objeto; la proyección permite poner aspectos, sentimientos y emociones propias en el objeto de identificación, sin embargo, esta relación, como todas, puede llegar a ser cordial u hostil de acuerdo con los sentimientos que se han promovido en el bebé, si esta relación es cordial, lo que se dará en la proyección, es empatía y comprensión por el sujeto en el que se han proyectado las propias cualidades, por el contrario, si persisten sentimientos de persecución, resentimiento, la relación será hostil y “La verdadera empatía y la comprensión de los demás resultan dañadas” (Klein, 1959, p. 7). Como también lo expresa Melani Klein en las siguientes líneas: “Si la interacción entre introyección y proyección no está dominada por la hostilidad o por una excesiva dependencia y posee un buen equilibrio, el mundo interno resulta enriquecido y mejoran las relaciones con el mundo externo”. (p. 7)

Es otra de las actividades del yo, la de dividir impulsos y objetos, “La ansiedad persecutoria refuerza la necesidad de mantener al objeto amado apartado del peligro y, por lo tanto, de separar el amor del odio” (Klein, 1959, p.7), esto le permitirá al niño su supervivencia, al separar el amor del odio e introyectar a su madre como un objeto bueno, en el niño crece confianza por la madre y esto le da la fuerza para vivir, además, porque si el niño ve a la madre como alguien bueno es porque esta le proporciona todos los cuidados y estimula los sentimientos de felicidad, mientras que, si en el niño lo que se crea o se fortalece, son los sentimientos de hostilidad, esto hace que su mundo interno también sea hostil y como dice Klein esto podría destruirlo (1959).

Esta serie de actividades que realiza el yo, son descritas como posición esquizo-paranoide y son naturales en el desarrollo siempre y cuando no sean llevadas al extremo, cuando esto último pasa, podríamos hablar entonces de la base de una paranoia o esquizofrenia.

De la misma manera, como ya se ha mencionado a lo largo del texto, las emociones y sentimientos primarios van a ser muy importantes dentro del desarrollo, aquellos sentimientos destructivos como la avidez y la envidia sí que tienen gran importancia.

La avidez implica el deseo de vaciar el pecho materno y de explotar todas las posibilidades de satisfacción, sin consideración por nadie. El niño muy ávido puede disfrutar momentáneamente de lo que recibe; pero, en cuanto ha desaparecido la gratificación, se torna insatisfecho y se ve impulsado a explotar, primero, a la madre, y luego a todos los familiares que puedan proporcionarle atención, alimento o cualquier otra gratificación. (Klein, 1959, p. 8)

Esta avidez puede ser incrementada por la ansiedad y es muy difícil que haya una modificación cuando el niño es mayor o adulto.

Por otro lado, por la madre quien le brinda alimento, cariño, calor, el bebé también llega a tener sentimientos de envidia cuando se siente privado y desprotegido por ella, llegando mediante la frustración, a fantasear que su madre lo priva de sus necesidades para beneficio de ella misma, lo que desencadena la envidia.

Sin embargo, estos sentimientos van cambiando o van evolucionando a lo largo del desarrollo, a medida que se va integrando el yo y aparece el super yo (entre el quinto o sexto mes), que el bebé comienza a temer los efectos de su avidez y envidia sobre el objeto amado como bien lo dice Melani Klein: “Experimenta sentimientos de culpa y el anhelo de proteger esos objetos y de repararlos por el daño causado” (1959, p. 9), lo que hace que aparezca la posición depresiva, cuando la ansiedad adquiere un carácter depresivo (Klein, 1959), lo que significa una etapa del desarrollo normal. Estos sentimientos de culpa y la necesidad de reparar al objeto van a ser fundamentales en la infancia y tendrán gran influencia en la relaciones con otros objetos a lo largo de la vida.

Si contemplamos nuestro mundo adulto desde el punto de vista de sus raíces en la infancia, comprenderemos la forma en que nuestra mente, nuestros hábitos y nuestros enfoques se han ido construyendo a partir de las más tempranas fantasías y emociones infantiles, hasta llegar a las manifestaciones adultas más complejas y elaboradas. (Klein, 1959, p. 16)

### **El duelo ante las pérdidas desde Melanie Klein**

La manera en que afrontamos diversas situaciones de pérdida o inciertas en la vida como puede ser la enfermedad, nuestra percepción de ella, su aceptación o negación y además la forma en que nos relacionamos con los objetos que están presentes o ausentes en esta experiencia de la vida, van a estar determinadas y/o influenciadas en gran medida por las vivencias de la infancia, la

manera en que se dio el desarrollo infantil, las primeras relaciones y las emociones que con estas surgieron, van a formar nuestro mundo interno, a partir del cual, nos desenvolveremos en el mundo externo ante cada situación o experiencia de la vida.

Así como Melani Klein lo plantea, en su texto *Nuestro mundo adulto y sus raíces en la infancia (1959)*, la personalidad y el comportamiento de una persona en su contexto social, están determinados o ejerce gran influencia en ellos, el desarrollo evolutivo de la infancia, las primeras emociones y fantasías del bebé: “Para examinar la conducta humana en su contexto social desde el punto de vista psicoanalítico, es necesario investigar la forma en que el individuo evoluciona desde la infancia hasta la madurez” (Klein, 1959, p. 1), así mismo señala que, “La vida mental en el niño y, más tarde, en el adulto, sufre la influencia de las más tempranas emociones y fantasías inconscientes” (p.2).

En primer lugar, el bebé desde su nacimiento experimenta determinadas emociones, como ansiedad persecutoria, resentimiento, frustración, amor, odio, y estas emociones están influenciadas por situaciones externas, así como Klein lo describe: “Si se le brinda consuelo sin tardanza, en particular calor, la forma amorosa en que se lo sostiene y la gratificación de recibir alimento, surgen emociones más felices” (p.2), la contención por parte de las figuras parentales hace que después el niño pueda contenerse a sí mismo, mientras que, si por el contrario, sus necesidades son aplazadas, el resentimiento, la frustración y el odio serán emociones más presentes en el bebé.

Por lo tanto, estas experiencias emocionales permiten que se cree la primera relación entre el bebé y quien cumple las funciones de contención, protección, cuidado de sus necesidades básicas de alimentación, limpieza y afecto que demanda el bebé, así como lo menciona Klein: “Tanto la capacidad de amar como el sentimiento de persecución tienen profundas raíces en los primeros procesos mentales del bebé, y ambos están dirigidos, en primer lugar, hacia la madre” (p.2).

Así mismo, el bebé cuenta con unas emociones innatas que le son características, por ejemplo, la agresividad puede ser un rasgo que aún en un contexto que no la promueva, permanezca y aparezca más fuerte en el bebé, como también puede que, “Disminuya por obra del amor y la comprensión que recibe el niño” (Klein, 1959, p.3). Lo anterior, expresa la hipótesis de que el desarrollo del niño y las actitudes del adulto son el resultado de la interacción de influencias internas y externas (Klein, 1959).

## **Sobre el sentimiento de soledad, Melani Klein**

El sentimiento de soledad está presente en todas las personas, aunque más fuerte en unas que en otras; aparece en momentos determinados, o en las personas enfermas puede llegar a ser una sensación constante. A partir del texto *Sobre el sentimiento de soledad* de Melani Klein de 1963, es posible comprender un poco acerca de este sentimiento y qué situaciones o factores influyen en su aparición.

Para iniciar la comprensión del sentimiento de soledad, es importante dar una aproximación a la definición de este sentimiento. El sentimiento de soledad es, como bien lo menciona Melani Klein, una sensación intensa, presente en la persona, sin importar si se encuentra acompañado externamente por alguien que, además, le brinda afecto (1963), es decir, el sentimiento de soledad no depende de la compañía física de alguien, sino que, es un “estado de soledad interna” (p. 1), hace referencia a “la sensación de estar solo sean cuales fueren las circunstancias externas” (p. 1).

Por lo anterior, es posible afirmar que, el sentimiento de soledad es un sentimiento que se presenta de cierta manera en todas las personas. Su aparición, según Klein, tiene origen en las ansiedades paranoides y depresivas, “las cuales son derivados de las ansiedades psicóticas del bebé” (p. 1), influye considerablemente, el proceso de integración y, tanto fuentes externas como internas.

Prosiguiendo así, en la comprensión de este sentimiento, tal y como lo señala Klein, “Para poder comprender cómo aparece el sentimiento de soledad, debemos retroceder hasta la temprana infancia y rastrear la influencia de dicho período en las etapas posteriores de la vida” (p. 1), ya que, como se menciona en el párrafo anterior, las ansiedades paranoides y depresivas dan origen a este sentimiento y, estas ansiedades tienen lugar en las primeras etapas del desarrollo del bebé, continuando su maduración durante toda la vida, por lo que son fundamentales en la comprensión del sentimiento de soledad.

De esta manera, la primera relación que establece el bebé con la madre será fundamental, ya que, si la relación es satisfactoria para el niño este se sentirá comprendido, una comprensión que está vinculada a la etapa preverbal, como lo plantea Klein.

Lo anterior es supremamente importante, dado que, constituye una de las razones por las que, en cada sujeto existe cierto grado de sentimiento de soledad. En la vida adulta, se cuenta con la capacidad de comunicar y expresar verbalmente los pensamientos y sentimientos, sin embargo, “Subsiste el anhelo insatisfecho de una comprensión sin palabras, en última instancia, de algo

similar a la primitiva relación que se tenía con la madre” (Klein, 1963, p. 2), es decir, en la vida futura, se espera poder ser comprendido sin la necesidad de expresar en palabras los pensamientos y sentimientos, se anhela ser comprendido y satisfecho como cuando se era bebé, que la madre brindaba comprensión y satisfacción sin la necesidad de haber una comunicación verbal, es por esto que, como lo señala Klein: “Dicho anhelo contribuye al sentimiento de soledad y deriva de la vivencia depresiva de haber sufrido una pérdida irreparable” (1963, p. 2), la de ser comprendido sin necesidad de palabras.

Así mismo, como se mencionó anteriormente, las ansiedades paranoides y depresivas dan origen al sentimiento de soledad. Cuando en el niño afloran sus instintivos impulsos destructivos, y estos se proyectan como persecutorios en la madre y su pecho, tal y como lo dice Klein: “El bebé experimenta inevitablemente cierta inseguridad, siendo esta inseguridad paranoide una de las causas esenciales de la soledad” (1963, p. 2). Así mismo, los procesos de escisión (procesos de división en los que el objeto es parcial para el bebé) son utilizados por el yo para contrarrestar la inseguridad, pero, tienen una eficacia transitoria, lo cual, lleva a la tendencia de utilizar los impulsos destructivos, y, como lo plantea Klein (1963) “Esta tendencia contribuye a la necesidad de integración ya que, de poder alcanzarla, la integración tendría el efecto de mitigar el odio por medio del amor, reduciendo así la violencia de los impulsos destructivos” (p. 2-3).

En consecuencia, con lo anterior, mientras en el sujeto se va dando el proceso de integración, el sentimiento de soledad se va mitigando, “El yo sentiría entonces una mayor seguridad, no sólo con respecto a su propia supervivencia, sino también a la de su objeto bueno” (Klein, 1963, p. 3). Sin embargo, el proceso de integración también acaece situaciones que mantienen el sentimiento de soledad, como lo manifiesta Klein desde su experiencia: “He escuchado a algunos pacientes expresar lo doloroso de la integración en términos de sentirse solos y abandonados, de encontrarse absolutamente a solas frente a lo que para ellos era una parte mala del sí mismo” (1963, p. 3) y esto es algo que se incrementa aún más, cuando aparece el super yo que intenta reprimir los instintos destructivos (Klein, 1963).

En este mismo sentido, cuando el bebé, se encuentra más integrado, empieza a haber una sensación de totalidad “Con lo que el bebé está en mejores condiciones para relacionarse con la madre, y más adelante con otra gente, como una persona total” (Klein, 1963, p. 2) y, por tanto, la ansiedad paranoide comienza a ser reemplazada por la ansiedad depresiva.

Consiguientemente, es importante señalar que, según el planteamiento de Klein, el proceso de integración nunca llega a ser completo, así como, las ansiedades paranoides y depresivas tampoco se logran superar en su totalidad y, “Puesto que nunca se logra una integración total, tampoco es posible comprender y aceptar plenamente las propias emociones, fantasías y ansiedades, y esto subsiste como un factor importante en la soledad” (p. 3).

Del mismo modo, si el yo se caracteriza por ser débil y además se acompaña de problemas al momento del nacimiento y dificultades en el comienzo de la vida, entonces la capacidad de integración también será débil y la escisión se volverá más fuerte con el fin de evitar la ansiedad provocada por los impulsos destructivos, lo que lo lleva a un estado de fragmentación y, por tanto, habrá un impedimento para la elaboración de las ansiedades tempranas contribuyendo así al sentimiento de soledad, podríamos hablar entonces del paciente esquizofrénico, en el que la ausencia de estos procesos provoca la vivencia en él, de estar reducido a fragmentos y no tener posesión de su sí mismo (Klein, 1963).

El hecho de encontrarse tan fragmentado le impide internalizar suficientemente a su objeto primario (la madre) como objeto bueno y, por ende, contar con el fundamento necesario para lograr estabilidad; no puede confiar en un objeto bueno interno ni externo, como tampoco puede confiar en su propio sí mismo. Este factor está vinculado a la soledad, ya que intensifica la vivencia del esquizofrénico de que se ha quedado solo, por así decirlo, con su infortunio. (Klein, 1963, p. 5)

Incrementando todas las ansiedades y teniendo un efecto trascendental sobre el sentimiento de soledad en el individuo específicamente enfermo (Klein, 1963).

Además, según Klein: “Otro factor que concurre a la soledad del esquizofrénico es la confusión” (p. 5), el esquizofrénico se siente confundido en cuanto a sí mismo y en cuanto a las demás personas, no logra diferenciar entre las partes buenas y malas, el objeto bueno y el objeto malo y, la realidad externa e interna, lo que hace que, no pueda confiar ni en sí mismo y que, por ende, no logre establecer relaciones objetales, de las cuales, pueda recibir seguridad y placer, y así fortalecer su yo, contrarrestando el sentimiento de soledad (Klein, 1963).

Por otra parte, la soledad característica de la ansiedad depresiva dentro del campo de la normalidad, gira en torno a la pérdida de idealización tanto del objeto bueno como del sí mismo, en la que, se comprende que se está lejos de la perfección, la pérdida de este encanto e idealización provoca sentimientos de soledad (Klein, 1963).

En cuanto a la soledad característica de la ansiedad depresiva en el maniaco depresivo, el sentimiento de soledad está generado por el hecho de que, el sujeto anhela “tener dentro de sí al objeto bueno a fin de protegerlo y ponerlo a salvo” (Klein, 1963, p. 7), pero,

No ha elaborado suficientemente la posición depresiva, de modo que su capacidad de reparar, de sintetizar al objeto bueno y alcanzar la integración del yo, no se han desarrollado lo suficiente. En la medida en que en su relación con el objeto bueno existe todavía una cantidad considerable de odio y, por consiguiente, de miedo, no está lo bastante capacitado para repararlo, y por lo tanto su relación con dicho objeto no le proporciona alivio sino tan sólo la sensación de ser odiado y no querido. (Klein, 1963, p. 7)

Para finalizar, según lo plantea Klein, son factores que mitigan el sentimiento de soledad, un yo fuerte, el cual, disminuye el riesgo de fragmentación y aumenta las posibilidades a la integración e identificación con el objeto bueno y, por tanto, una buena relación con este.

Así mismo, la sensación de comprender y ser comprendido (Klein, 1963), la interacción entre factores internos y externos expresados en los procesos de proyección e introyección que forman las bases de las relaciones objetales, influyen en el sentimiento de soledad, esperando que, si se establece una relación de confianza, comprensión y seguridad con el objeto primario, el bebé tenderá a establecer relaciones basadas en estos valores, mitigando el sentimiento de soledad, como bien lo expresa Klein: “Las relaciones externas alivian parcialmente la soledad. Las influencias externas, sobre todo la actitud de personas que son importantes para el individuo puede lograr por otros modos que disminuya la soledad” (p. 15). De la misma manera, “Cuanto más severo es el superyó, tanto más intensa será la soledad, ya que las rigurosas imposiciones de aquél acrecientan las ansiedades depresivas y paranoides” (p.15).

Finalmente, el sentimiento de soledad nunca se elimina por completo, dado que, como se mencionó, el proceso de integración tampoco se da por completo y se continua la maduración del individuo durante toda la vida.

### **Los aportes de Donald Winnicott a la comprensión del psiquismo**

Donald Winnicott, con sus distintas obras, logra dar conceptualizaciones que, permiten la comprensión del psiquismo del individuo a partir de la manera en la que se da su crianza y, por ende, el desarrollo del niño. Con las obras: Las bases de la salud mental (1951), La angustia asociada con la inseguridad (1952), De la dependencia a la independencia en el desarrollo del

individuo (1963), se hace una conceptualización teórica que permite fijar las bases para la comprensión del fenómeno que se investiga en el presente trabajo investigativo.

Con el paso del tiempo, y tras la cantidad de personas que se han ocupado de estudiar la salud mental, se ha vuelto cada vez más fuerte la teoría de que hay una relación entre la infancia y el psiquismo adulto. Como lo menciona Winnicott, no es en vano que, desde las grandes instituciones y organizaciones de salud como lo es la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estén ocupando de la etapa de la infancia y la niñez, bajo la concepción de que “Las bases de la salud mental del adulto se echan en su infancia y niñez y, por supuesto, en su adolescencia” (Winnicott, 1951), por lo que, el trabajo que se haga con los niños en su primeras etapas de desarrollo y crianza, estarán definiendo lo que será la persona en su adultez.

De la misma manera, cada una de las experiencias en el desarrollo infantil tendrán un efecto en la vida del niño y posteriormente en el adulto, como lo menciona Bowlby, los niños “No son pizarrones de los que se puede borrar el pasado con un plumero o esponja, sino seres humanos que llevan consigo sus experiencias previas y cuya conducta actual se ve profundamente afectada por los sucesos pretéritos” (citado por Winnicott en su obra *Las bases de la salud mental*, 1951).

Es por lo anterior que, aquellos niños que llegan a ser aislados o separados de su madre, aún en edades muy tempranas, llegan a tener grandes afectaciones en su vida mental, ya que, como Winnicott señala, las distintas personas que se han dedicado a estudiar el tema han llegado a la conclusión de que, “El requisito esencial para la salud mental es que el bebé y el niño de corta edad experimenten una relación cálida, íntima y continua con la madre (o su sustituta permanente), que proporcione a ambos satisfacción y goce” (Winnicott, 1951). Por lo que, si no está presente la madre o una persona que pueda sustituirla, hacer el papel de madre brindándole el cuidado y la satisfacción de todas sus necesidades oportunamente, así como lo plantea Winnicott, se produce un daño en el funcionamiento mental del individuo,

Está comprobado que un niño, sobre todo si es de corta edad, no puede olvidar a un padre sin que su personalidad resulte dañada. Por suerte, hoy en día se tiende a permitir la visita diaria a los niños internados en salas u hospitales pediátricos. (Winnicott, 1951)

Esto último, aunque resulta ser muchas veces una dificultad o presenta inconvenientes para el personal de salud que atiende en los hospitales, según Winnicott, es algo que resulta necesario e importante dentro del cuidado del desarrollo emocional de los niños, lo que, además, da muestra

de que cada vez, en los contextos que incluso ha resultado ser complejo, la salud mental está recibiendo especial atención, dada su trascendencia.

Por todo lo anterior, como lo expresa Winnicott: “Está ganando creciente aceptación la idea de que en lo posible no se debe apartar a ningún niño del cuidado de su madre” (1951) y, según esto, este autor concluye en su obra que,

La crianza impersonal de los niños tiende a producir personalidades insatisfactorias y aun caracteres antisociales activos; y, cuando existe algo parecido a una buena relación entre el bebé o niño en desarrollo y sus padres, se debe respetar la continuidad de esta relación y no interrumpirla nunca sin motivos justificados. (Winnicott, 1951)

Por otra parte, en su obra, *De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo* de 1963, Winnicott, es claro en señalar que, el individuo desde su nacimiento emprende un recorrido para pasar de la dependencia a la independencia, sin embargo, esta independencia nunca llega a ser absoluta, ya que, el ser humano siempre necesita del ambiente y los elementos que este le provee para desarrollarse y atender sus necesidades, “La independencia no es nunca absoluta. El individuo sano no queda aislado, sino que se relaciona con el ambiente de un modo tal que puede decirse que él y su medio son interdependientes” (Winnicott, 1963).

Por lo anterior, en el logro de la independencia del individuo, como bien lo expresa Winnicott, son necesarios factores personales y ambientales y, además, para que el individuo alcance su madurez completa esta “No es posible en un escenario social enfermo o inmaduro” (Winnicott, 1963).

En el logro de la independencia del individuo, la madre tiene un papel fundamental, “El despliegue de los procesos de la maduración depende de la provisión ambiental” (Winnicott, 1963) y, será la madre, ese primer ambiente, quien acompañe y brinde satisfacción a las primeras necesidades del niño, lo que, en interacción con lo heredado, los procesos de maduración y la realidad propia del individuo permitirá la maduración y la independencia, como lo expresa Winnicott: “Si tienen éxito en esa provisión, los procesos de la maduración del infante no quedan bloqueados, sino que encuentran sus necesidades satisfechas y pueden pasar a formar parte del niño” (1963).

Es importante hacer referencia a que, las necesidades del niño que requieren de un ambiente facilitador y proveedor “No se limitan a las tensiones instintivas, por importantes que sean”

(Winnicott, 1963) sino que, “está también todo el desarrollo del yo del infante, que tiene sus propias necesidades” (Winnicott, 1963).

A su vez, Winnicott, hace un gran aporte a la comprensión de la angustia que se genera ante el sentimiento de inseguridad, lo cual, es plasmado en su obra, *La angustia asociada con la inseguridad de 1952*, tras la cual, es posible comprender que, todos los individuos tienen la disposición a sufrir angustia frente al sentimiento de estar sostenido de una manera insegura y, por tanto, es función de la madre, proporcionar un sentimiento de seguridad, como bien lo expresa Winnicott.

Cuando el apoyo y el cuidado continuo por parte de la madre no se da de forma efectiva, o está ausente, se da en el bebé un estado de no integración, desintegración y despersonalización.

El buen cuidado produce un estado de cosas en el que la integración empieza a convertirse en un hecho y existe ya una persona. En la medida en que esto sea cierto, también lo es que la ausencia de cuidados conduce a la desintegración y no al retorno a la no integración. (Winnicott, 1952)

De esta manera, es posible concluir, desde los distintos aportes que hace Winnicott con su estudio y sus obras, que la madre, el cuidado que brinda, la satisfacción de necesidades y el papel que tiene como facilitadora y potenciadora en el desarrollo del bebé, permiten y hacen posible la maduración e integración del individuo. Así mismo, todas aquellas experiencias que tengan lugar en la infancia de la persona darán un resultado y unos efectos en la vida adulta, por lo que, es necesario asegurarse de brindar, en los primeros años del niño, un ambiente cálido, seguro, beneficioso y potenciador de la salud mental para el individuo.

## **Metodología**

En el presente apartado, se desarrolla la metodología a partir de la cual se dio respuesta al cuestionamiento de la presente investigación, el paradigma al que corresponde, el enfoque a partir del cual estuvo orientada, el método y técnica utilizados para la recolección de la información y, por último, la población y los participantes que hicieron parte del estudio.

### **Paradigma**

Esta investigación se llevó a cabo bajo el diseño cualitativo, que, a través de un proceso de interpretación busca comprender y describir una realidad social. Es así como, el paradigma interpretativo fue el modelo base del presente estudio. A partir de este modelo, se plantea que, “la realidad es dinámica, múltiple y holística” (Santos, 2010, p. 6), asimismo, se interesa por la percepción e interpretación de la realidad que es elaborada por cada persona de acuerdo con su contexto y cultura, centrándose en la descripción de lo que es único y personal en el sujeto sin llegar a generalizar. (Santos, 2010)

Este paradigma “Dirige su atención a aquellos aspectos no observables, no medibles, ni susceptibles de cuantificación (creencias, intenciones, motivaciones, interpretaciones, significados para los actores sociales), interpreta y evalúa la realidad, no la mide” (Santos, 2010, p. 5). Su propósito se centra finalmente, en elaborar una descripción ideográfica del fenómeno o realidad que se estudia.

Por lo anterior, el paradigma interpretativo fue el apropiado para esta investigación, ya que, permitió explorar, describir y comprender las experiencias emocionales de cada paciente hospitalizado y sus vínculos afectivos, experiencias que fueron manifestadas de manera particular en cada uno de ellos, según su historia, su contexto y su cultura.

### **Enfoque**

Como se planteó en el apartado anterior, el paradigma por el cual se rigió el presente estudio fue el interpretativo. Así mismo, el enfoque que subyace a este modelo es el histórico hermenéutico, el cual, se comprende como el camino hacia la interpretación de la realidad social y humana, realidad, que es transmitida a través del lenguaje.

Como lo plantea Romero (2012): “la hermenéutica, como metodología y como teoría de la interpretación, elabora una conexión entre el ser y el lenguaje” (p. 67), es a través del lenguaje que el sujeto da a conocer sus creencias, su pensamiento, su percepción, su visión del mundo, su realidad, por lo tanto, el lenguaje es el “medio universal” (Arráez *et al.*, 2006) para la comprensión e interpretación de la realidad del sujeto.

Así mismo, como plantea Martínez (2006 como se citó en Romero, 2012): “la misión de la hermenéutica es descubrir el significado de las cosas, interpretar lo mejor posible las palabras, los escritos, los textos, los gestos y en general el comportamiento humano, pero conservando su singularidad en el contexto que forme parte” (p. 68).

Es así como, en coherencia con lo planteado anteriormente, el enfoque histórico hermenéutico fue el más pertinente para la presente investigación, dado que, permitió explorar y por consiguiente interpretar las experiencias emocionales de los pacientes hospitalizados y sus vínculos afectivos.

## **Método**

El método utilizado para el desarrollo de esta investigación fue la fenomenología hermenéutica, el cual, está basado en la filosofía ontológica de Heidegger (Castillo, 2000), quien plantea que, cada sujeto es un ser auto interpretativo que es y tiene un mundo, para quien las cosas tienen significado, que tiene inteligencia corporal y vive en el tiempo (Castillo, 2000, p. 31). De esta manera, este método se interesa en la comprensión, la interpretación y descripción de la vivencia del sujeto frente a un fenómeno. Como lo plantean Sokolowski (2000), Stewart & Mickunas (1974) como se citó en Mendieta *et al.* (2015):

La finalidad es describir el significado de esa experiencia vivida frente a los fenómenos de interés, hacer visibles los rasgos de esa experiencia, se interesa en las características comunes de la experiencia vivida a partir de la comprensión y cómo el significado es creado a través de contenidos de percepción. (p. 437)

Por consiguiente, y como se mencionó en el enfoque de la presente investigación, el método fenomenología hermenéutica se hace posible mediante el lenguaje, partiendo del contexto y la historia de la persona que relata su vivencia, como bien lo plantea Castillo (2000) “comprender o entender a los seres humanos exige escuchar sus voces, sus historias y experiencias” (p. 32).

Tras lo anterior, la fenomenología hermenéutica fue utilizada en la presente investigación, dada la gran pertinencia para la misma, si bien el objetivo fue explorar las experiencias emocionales de pacientes hospitalizados y sus vínculos afectivos, fue a través del lenguaje, el relato, la experiencia y el sentido que los participantes le dieron, que se pudo tener un acercamiento a la comprensión del fenómeno.

### **Técnica**

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó la entrevista a profundidad, la cual, es una técnica de investigación cualitativa orientada a la recopilación de información acerca del tema de interés y se lleva a cabo mediante una conversación, no estructurada, en la que se busca que el entrevistado exprese de forma libre sus opiniones, actitudes, significados y preferencias sobre el tema que es objeto de estudio (Varguillas y Ribot, 2007, p. 250).

En este mismo sentido, la entrevista a profundidad es una conversación que tiene un propósito y objetivo, y, aunque no es estructurada, el entrevistador puede agregar elementos como preguntas que ayuden a direccionar o ahondar en los asuntos que aportan gran información en la comprensión del fenómeno. Como lo plantean Cadena, Rendón, Aguilar, Salinas, De la Cruz & Sangerman, 2017 como se citó en (Piza *et al.*, 2019) la entrevista en profundidad se construye mediante “preguntar, escuchar y registrar las respuestas y después, hacer otras preguntas que amplíen un tema en particular. Las preguntas son abiertas y los entrevistados deben expresar sus percepciones con sus propias palabras” (p. 458).

Por consiguiente, la entrevista a profundidad fue la técnica más apropiada para la recolección de información y los datos en la presente investigación, dado que, a través de la misma se dio una interacción y conversación entre el investigador y los participantes del estudio, en la que estos últimos expresaron su pensamiento, su sentir, dieron a conocer su experiencia emocional durante la hospitalización y lo hicieron por medio del lenguaje que, como se mencionaba anteriormente, es el medio esencial por el que la persona expresa su interpretación de la realidad, su vivencia, su percepción de las cosas y así mismo el medio por el cual la investigadora interpretó y comprendió a los participantes.

De la misma manera, se hizo observación participante, la cual se lleva a cabo en el propio contexto en el que acontece el fenómeno, interactuando de manera natural con cada una de las personas que están presentes, incluyendo los participantes. A partir de esta técnica se buscó poder

comprender lo que significa estar en una sala de hospitalización, tras la identificación y relación con lo expresado por los pacientes.

### **Población**

Para la presente investigación se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia e intencionado, es decir, los participantes se seleccionaron de manera intencionada con criterios a seguir y a conveniencia de la investigadora.

De acuerdo con lo anterior, para esta investigación se seleccionaron como participantes, pacientes hospitalizados en el Hospital la Merced del municipio de Ciudad Bolívar, Antioquia, hombres y mujeres adultos que hubieran estado más de 24 horas en estancia hospitalaria y que aceptaran participar de manera libre y voluntaria. Así mismo, tras identificar la necesidad de un relato más amplio y comprendiendo que los pacientes hospitalizados por distintas razones no daban amplios detalles de su experiencia, se seleccionaron, además, participantes que ya no se encontraban en estancia hospitalaria pero que habían pasado por una experiencia de hospitalización reciente. Se pretendía una cantidad de 5 participantes que pudieran aportar en gran medida al fenómeno de investigación, finalmente participaron 6 personas.

No se tuvieron en cuenta pacientes menores de edad ni personas con discapacidad cognitiva o que por algún motivo de salud no pudieran responder a la entrevista (por ejemplo, persona con oxígeno permanente).

El Hospital la Merced de Ciudad Bolívar, Antioquia, fue escogido para la investigación dado que, la investigadora reside en el municipio y le era menos complejo el acceso y el desplazamiento. Además, tras una exploración de antecedentes, se pudo constatar que en el municipio no se habían hecho investigaciones direccionadas a estudiar este fenómeno en particular, por lo que fue de gran aporte y beneficencia la realización de la misma, teniendo en cuenta que este hospital es de segundo nivel y atiende a personas de otros municipios aledaños.

### Conclusiones finales

En este apartado se plasma la relación entre la teoría, en la cual está basado el presente trabajo investigativo y los resultados encontrados en el trabajo de campo.

Estar hospitalizado, significa para la persona una experiencia emocional importante, la serie de situaciones que se presentan durante la hospitalización como el tener que dejar su hogar, su familia y la cotidianidad de su vida, porque deben permanecer en estancia hospitalaria para la observación y atención de sus afecciones físicas, son aspectos que los pacientes nombran como lo más difícil de la hospitalización. Lo anterior, son pérdidas significativas para los pacientes, por lo que resulta importante analizar lo que se produce y sucede en el sujeto a nivel emocional que, como pudo encontrarse, priman grandes sentimientos de tristeza, inseguridad, soledad y sensación de abandono que llegan incluso a ser más fuertes que el propio sufrimiento a causa de la enfermedad física.

Sigmund Freud plantea que, el duelo se presenta ante una pérdida de algo valioso para el sujeto, por esta razón, la enfermedad, como una circunstancia que pone a tambalear la calidad de vida o la vida misma, que denota la pérdida de salud, vitalidad y el funcionamiento sano, representa una pérdida importante para el sujeto, acompañada de otras pérdidas que se producen al tener que vivir esta experiencia en hospitalización, no solo se evidencia, entonces, una pérdida de la salud, sino, también la posibilidad de estar en el entorno propio, con las personas cercanas, desempeñándose en las actividades cotidianas, con la tranquilidad y la libertad de elegir, por lo que, esto puede llegar a significar una reacción de duelo o melancolía en la persona. Tal y como se evidencia en el caso de Rosalía, ella mencionaba en su relato que permanecer hospitalizada le era una experiencia muy difícil, dado que, “yo nunca había estado tantos días por fuera de mi casa y menos en un hospital”, la necesidad y el deseo de estar en su hogar realizando todas sus actividades cotidianas, era algo que le generaba sufrimiento y sensación de tristeza, además del dolor por su estado de salud física, al igual que los otros pacientes entrevistados.

Teniendo en cuenta lo anterior, la experiencia emocional y la actitud frente al hecho de encontrarse hospitalizado, la reacción de duelo o melancolía, están relacionadas con aspectos de la historia de vida de cada paciente. Como lo plantea Melani Klein en sus teorías acerca del psiquismo, la manera en que un paciente hospitalizado percibe su situación y su experiencia depende en gran medida de cómo ha sido su desarrollo, muy importante, en la etapa infantil y por supuesto en las etapas posteriores. Las relaciones, experiencias, sentimientos y emociones más

primarias permiten que el sujeto perciba su situación de enfermedad y la hospitalización como una situación completamente hostil, o, por el contrario, que adopte una actitud de mayor serenidad y tranquilidad, el carácter y la manera de afrontar esta situación es el resultado del funcionamiento de distintos procesos de desarrollo.

Es por esto que, un paciente ante la experiencia de estar hospitalizado tiene determinadas actitudes, emociones y sentimientos influenciados por su mundo interno y externo, como lo vimos en el caso de Alicia que presentaba un enorme temor a quedarse sola y reclamaba constantemente por el hecho de no poder estar acompañada por todos sus familiares al mismo tiempo, expresando el hecho de estar hospitalizada como algo completamente triste y difícil, que de no estar acompañada, al menos por su hija, no resistiría. Lo que nos lleva también a los planteamientos de Winnicott cuando menciona que las experiencias de la vida infantil y la primera relación objetal entre el bebé y la madre tienen gran determinación e influencia en las bases de la salud mental del adulto, podríamos pensar entonces, ¿cómo se dio la relación entre Alicia y su madre o quien hizo las veces, en sus primeros años de vida?, ¿fue esta provista de un adecuado ambiente para su desarrollo?, ¿fue la madre un factor de seguridad y satisfacción de las necesidades de Alicia?, ¿De qué manera se dieron sus procesos de maduración para permitir la independencia? Son interrogantes que necesitarían de un profundo ahondamiento en la historia de vida de Alicia, pero que, tras lo evidenciado en su experiencia emocional durante la hospitalización se logra tener ciertos indicios acerca de cómo fueron estos procesos iniciales.

Dicho lo anterior se consolida la idea de que, la experiencia emocional del paciente hospitalizado si bien tiene gran influencia de los acontecimientos del presente, las experiencias previas, de la infancia y la adolescencia, su primera relación objetal con la madre y las relaciones a lo largo de la vida, son elementales en la manera en que se vivencia y se experimenta la hospitalización.

Así las cosas, Winnicott, menciona que el ser humano, aunque desde su desarrollo va adoptando capacidades para ser cada vez más independientes y autónomos, nunca llega a ser independiente completamente. Por esta razón, es claro que el ser humano necesita del otro para relacionarse, para continuar su desarrollo, su adaptación, tener apoyo y afecto, más aún, cuando se está en una situación de infortunio, donde el yo está debilitado y necesita razones para volver a fortalecerse y encaminarse. Esto explica, el fuerte padecimiento de los pacientes que tuvieron que

permanecer solos en su estancia hospitalaria y en parte, una mayor tranquilidad en aquellos que si tuvieron un acompañamiento constante.

De este modo, aunque el hecho de encontrarse en un hospital, con graves afecciones de salud, en un lugar que no es el más cómodo muchas veces y que es más bien displacentero, implica ya un sufrimiento para la persona, es innegable que para quienes no permanecen acompañados por personas significativas y con quien guardan un vínculo afectivo, el sufrimiento y el padecimiento en la hospitalización se torna más intenso. Tal es el caso de Rodrigo, Inés y Alfredo, pacientes que no contaron con un acompañamiento constante durante su estancia hospitalaria de personas con quienes guardaban un vínculo afectivo importante y que, por tal motivo, la soledad era causa de un enorme sufrimiento durante la hospitalización, "...pues la soledad también hacía que uno se sintiera más mal todavía, porque yo no tenía como alguien que me acompañara todo el tiempo, como otros que estaban allá en la clínica..." menciona Alfredo en su relato. Por su parte, Inés expresa: "Pues no le voy a decir mentiras, uno piensa que ellas no lo quieren a uno, pues, uno en esos momentos tan difíciles, cree que la vida está en contra de uno, y al principio me daba rabia y pensaba como que me habían abandonado" haciendo referencia a sus hijas. Contrario a lo que evidenciaron otros pacientes que sí contaban con el acompañamiento de algún familiar o persona importante, que su sufrimiento se generaba a partir de la necesidad de regresar a casa y retomar las actividades diarias, como lo es el caso de Rosalía quien mencionaba la falta que le hacía la comodidad de su casa y el realizar costuras para obtener dinero, y Miguel quien durante la entrevista mencionó haber tenido el apoyo incondicional de sus abuelos y sus padres y decía haber adquirido gran fuerza mental y emocional durante la hospitalización.

Prosiguiendo de esta manera, es posible comprender además la importancia de no solo tener el acompañamiento o apoyo de alguien, sino que, a su vez, este implique la presencia física del mismo, que la atención, el cuidado y acompañamiento se hagan directamente desde el lugar donde se vive la estancia hospitalaria. Esto se logra evidenciar a partir de las experiencias de Alicia, Alfredo y Rodrigo, quienes recibieron acompañamiento virtual o telefónico y mencionaban aun así un gran sentimiento de soledad y la necesidad de que les acompañaran presencialmente durante su hospitalización. "Es sentirse solo, abandonado, pues de alguna manera por la familia, porque, aunque yo sé que mis hijas iban cada 8 días, la mayoría del tiempo estaba solo, ehh igual yo sé que ellas tenían el trabajo, pero, ehh, se siente uno abandonado, por la vida, que uno esté así enfermo y no tenga nadie que lo cuide, que lo acompañe", mencionaba Alfredo quien durante su estancia

hospitalaria recibía llamadas constantes de sus hijas y amigos, pero solo cada 8 días podía recibir visita y acompañamiento presencial de sus hijas.

Si bien hasta ahora hemos hablado de la importancia de los vínculos afectivos preexistentes a la hospitalización, es decir, familiares, amigos, etc., es imprescindible nombrar la relevancia que tiene el personal de salud en la experiencia emocional de los hospitalizados, la manera de brindar el cuidado y la atención que, para el caso de Rosalía, Inés y Alfredo resultó ser un factor que incrementaba los sentimientos de soledad y sensación de abandono. Cada uno de ellos nombraba que la labor de los/as enfermeros/as y médicos/as se limitaba a proporcionar los medicamentos y el tratamiento correspondiente, Rosalía, mencionaba que cuando las enfermeras ingresaban a la habitación y querían dar una indicación lo hacían dirigiéndose a la acompañante “como si yo no entendiera”, decía con total indignación. La frialdad con la que anulaban al paciente era constante en la mayoría de los profesionales quien, al parecer, olvidaban que estaban cuidando de una persona que siente y que sufre, pero que ahora pasaban a ser nombrados “el de la 32<sup>a</sup>” o “el de la amputación”, situación evidenciada en los relatos de los participantes, pero, además durante los momentos de observación.

¿Cómo no sentir temor a quedarse en estancia hospitalaria sin el acompañamiento de un familiar o amigo si se conoce que allí no estarán bajo un cuidado humanizado? No solo es la ausencia de las personas con las que se tienen vínculos afectivos preexistentes sino también aquellos vínculos nuevos que podrían formarse durante la hospitalización con el personal de salud, pero que, por diversas razones, los profesionales no están dispuestos a establecer.

En este mismo sentido, es posible comprender que, como lo plantea Winnicott, todos los individuos tienen la disposición a sufrir angustia frente al sentimiento de estar sostenido de una manera insegura, por tanto, para Alicia, Rodrigo, Inés y Alfredo, verse aislados, vulnerables y además solos, si un apoyo ni acompañamiento físico de quienes podrían brindar tal seguridad, además del trato rígido e inexpresivo del personal de salud significó un factor de mayor sufrimiento y dolor emocional.

En línea con lo dicho, ante la ausencia de vínculos afectivos, y retomando lo planteado por Winnicott cuando refiere que el ser humano siempre necesita del ambiente y los elementos que este le provee para desarrollarse y atender sus necesidades, los participantes ante la ausencia de vínculos afectivos durante su hospitalización buscaban conformar nuevos vínculos con otros pacientes, muestra de esto son Miguel, Rodrigo, Rosalía, Inés y Alfredo quienes solían conversar con otros

compañeros de habitación y los acompañantes de estos, llegando a establecer relaciones amistosas como Miguel y Rodrigo quienes planeaban reencontrarse luego de ser dados de alta.

Ahora bien, como se mencionó inicialmente, la experiencia emocional de sufrimiento que se produce en los pacientes hospitalizados llega a estar más encausada por el hecho de no contar con un acompañamiento y apoyo por parte de las personas con las que se guarda un vínculo afectivo importante y por tener que abandonar su hogar y su vida cotidiana, que por el hecho de padecer una enfermedad física. Esto es posible concluirlo a partir de los relatos de cada uno de los pacientes, quienes al preguntarles por su experiencia de estar hospitalizados, mencionaban en mayor medida distintos aspectos que hicieron más difícil la vivencia como el temor a la soledad y sensación de abandono, la falta de acompañamiento físico y apoyo emocional tanto de parte de familiares como del personal de salud, y en menor grado su afección física, si bien pudieron en algún momento, como es el caso de Alfredo, hacer referencia al dolor físico que le producía la enfermedad, la presencia de vínculos afectivos y apoyo emocional tuvieron mayor atención y relevancia en el relato de cada uno de los participantes.

Esta es una realidad latente en las experiencias emocionales de los pacientes hospitalizados. Según los relatos y lo observado durante el trabajo de campo, es un común denominador la ausencia de acompañamiento físico por parte de las personas con quienes se guarda un vínculo afectivo importante. Los pacientes permanecen con un dolor no sólo físico sino también emocional, la sensación de abandono y el sentimiento de soledad es una realidad para la mayoría de ellos y el hecho de que el personal de salud sea indiferente a estos sentires incrementa las emociones de tristeza, inseguridad y hace que la experiencia de estar hospitalizado sea considerada una mala experiencia que todos los pacientes quisieran evitar.

## Referencias

- Alemán, C. (2015). *Efectos de una intervención educativa sobre la capacidad de afrontamiento y adaptación en familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo* [Tesis de Maestría, Universidad de la Sabana, Colombia].
- Antolinez, M., Guerrero, M. y López, G. (2019). *Impacto de una unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas en un hospital de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá* [Trabajo de especialización, Universidad del Rosario-Universidad Ces, Bogotá Colombia].
- Arráez, M., Calles, J. y Moreno de Tovar, L. (2006). La Hermenéutica: una actividad interpretativa. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 7(2), 171-181.
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para la investigaciones médicas en seres humanos*.
- Astudillo, A., Martínez, A., Muñoz, C., Pacheco, M. y Sepúlveda, A. (2012). Acompañamiento familiar en la hospitalización del usuario pediátrico de 6 a 12 años. *Revista Ciencia y Enfermería*, XVIII(1), 67-75.
- Barraza, J., Palacios, J. (2018). *Efectividad de la visita familiar a pacientes críticos en la mejora de su salud* [Trabajo de especialización, Universidad Norbert Wiener, Lima, Perú].
- Bautista, L., Arias, M. y Carreño, Z. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista CUIDARTE*, 7(2), 1297-1309.
- Bautista, L., Parra, E., Arias, K., Parada, K., Ascanio, K., Villamarin, M. y Herrera, Y. (2015). Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. *Revista Ciencia y Cuidado*, 12(1), 105-118.
- Beltrán, O. (2009). La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, XXVII(1), 34-45.
- Benítez, J., Barceló, E. y Gelves, M. (2016). Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico. *Revista Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 42(4), 391-398.
- Carrera, J. y Cedeño, M. (2021). Impacto Emocional en Pacientes Aislados de sus Familias. *Revista Polo del Conocimiento*, 6(11), 1126-1147.

- Castillo, E. (2000). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquia*, XVIII(1), 27-35.
- CIOMS, Organización Mundial de la Salud. (2002). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos.
- Díaz, M. y Zurita, C. (2017). *Adulto mayor, depresión y apoyo social* [trabajo de grado, Universidad de Antioquia, Puerto Berrío, Colombia].
- Duque, L., Rincón, E. y León, V. (2020). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en unidades de cuidados intensivos: revisión bibliográfica. *Revista Ene de Enfermería*, 14(3), 1-25.
- Escobar, C., Cardozo, Y., Mejía, O., Muñoz, M. y Cuartas, P. (2016). Significado que construye el personal de enfermería sobre los cuidadores familiares de personas hospitalizadas. *Revista Investigación en Enfermería*, 18(1), 79-93.
- Estados Unidos de Norte América. Departamento de Salud. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. Informe Belmont. 1979.
- Fernández, C., Mansilla, E., Aravena, A., Antiñirre, B. y Garcés, M. (2022). Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. *Revista Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1).
- Flórez, R. (2020). *Factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados del hospital regional del cusco en febrero del 2020* [trabajo de grado, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Cusco, Perú].
- Franchi, R., Idiarte, L., Darrigol, J., Pereira, L., Suárez, R., Mastropierro, L. y Fernández, A. (2018). Impacto de una unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas en un hospital de cuarto nivel en la ciudad de bogotá. *Revista Archivos de Pediatría del Uruguay*, 89(3), 165-170.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. *Obras Completas*, T. XIX, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.
- Freud, S. (1917 [1915]). Duelo y Melancolía. *Obras Completas*, T. XIV, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1993.

- García, J. e Ibarra, C. (2018). *Bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados del Municipio de Rionegro* [Trabajo de grado, Universidad de Antioquia, El Carmen de Viboral, Colombia].
- Gutiérrez, A. (2021). El país registra la mayor cifra de ocupación de camas UCI tras superar 80% de la capacidad. *La República*.
- Hernández, N., Pierrez, M., Martínez, B., Morejón, A., Arencibia, F. y Álvarez, M. (2020). Soledad social en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriátrica. Hospital “Comandante Faustino Pérez”. *Revista Médica Electrónica*, 42(3).
- Jaramillo, I., Zambrano, G. y Balda, H. (2021). Perspectiva de los profesionales de salud ante una unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas en la UCI del Hospital de especialidades Portoviejo. *Revista RECIAMUC*, 5(2), 404-410.
- Jürschik, P., Botigué, T., Nuin, C. y Lavedán, A. (2013). Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *Revista GEROKOMOS*, 24(1), 14-17.
- Klein, M. (1959). Nuestro mundo adulto y sus raíces en la infancia. *Obras Completas*, Ed. Psicolibro.
- Klein, M. (1963). Sobre el sentimiento de soledad. *Obras Completas*, Ed. Psicolibro.
- Ley 1090 de 2006. [Colegio Colombiano de Psicólogos]. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. 6 de septiembre de 2006.
- Mendieta, G., Ramírez, J. y Fuerte, J. (2015). La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3), 435-443.
- Molina, Y. y Bedoya, L. (2021) *La necesidad de abrir las puertas de la unidad de cuidados intensivos, un beneficio para los pacientes, la familia y el personal de salud* [monografía de especialización, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia].
- Muñoz, C. (2010). El arduo trabajo del duelo en *Reflexiones psicoanalíticas*.
- Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. [UNESCO]. (2002). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.
- Parrello, S. y Osorio, M. (2013). Reconstrucción narrativa de una experiencia de hospitalización. *Revista Costarricense de Psicología*, 32(2), 177-192.

- Piza, N., Amaiquema, F. y Beltrán, G. (2019). Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. *Revista Conrado*, 15(70), 455-459.
- Resolución 8430 de 1993 [Ministerio de Salud]. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de octubre de 1993.
- Roca, M. y Riccardi, A. (2014). Familia: Funcionalidad y efectividad como red de apoyo social en pacientes con depresión que están ingresados en el área de hospitalización de psiquiatría del hospital del IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo en la ciudad de Guayaquil. *Informes psicológicos*, 14(2), 81-102. Recuperado de: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1343>
- Romero, Y. (2012). La hermenéutica como paradigma cualitativo emergente en el abordaje de la salud bucal. Hermeneutic like emergent qualitative paradigm in the oral health boarding. *ODOUS CIENTÍFICA*, 13(2), 61-75.
- Romero, E., Contreras, I. y Moncada, A. (2016). Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. *Revista Hacia promoc. Salud*, 21(1), 26-36.
- Ruidiaz, K. y Fernández, S. (2020). Temor y angustia: experiencia del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(3), 7-19.
- Santiago, E. y Vargas, E. (2015). Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. *Revista Av Enfermería*, 33(3), 381-390.
- Santos, Y. (2010). ¿cómo se pueden aplicar los distintos paradigmas de la investigación científica a la cultura física y el deporte? *Revista Ciencia e innovación tecnológica en el deporte*, (11).
- Silva, G. (2012). Las aulas hospitalarias desde las percepciones y vivencias de los niños y adolescentes hospitalizados. *Revista Peruana de Investigación Educativa*, (4), 43-76.
- Tautiva, K., López, C., Guzmán, S., González, D. y Hernández, S. (2022). Estrategias de Estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes críticos. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 31(1), 3-10.
- Valencia, L. (2015). *Percepciones de las redes de apoyo social informal en dos grupos de adultos mayores en la ciudad de Medellín* [trabajo de grado, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia].
- Valqui, I. (2022). *Importancia de la visita familiar al paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos* [universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú].

Varguillas, C. y Ribot de Flores, S. (2007). Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. *Revista Laurus*, 13(23), 249-262.

Winnicott, D. (1951). Las bases de la salud mental. *Obras Completas*, Ed, Psikolibro.

Winnicott, D. (1952). La angustia asociada con la inseguridad. *Obras Completas*, Ed, Psikolibro.

Winnicott, D. (1963). De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. *Obras Completas*, Ed, Psikolibro.

Yañez, J. (2021). “soledad en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en un hospital de lima metropolitana” [Trabajo de grado, Universidad Privada del Norte, Lima, Perú].

## Anexos

### Anexo 1

#### Consideraciones éticas

Para efecto de las consideraciones éticas en el desarrollo de la presente investigación, se tienen como guía, la Resolución número 8430 de 1993, por la cual, se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (República de Colombia, Ministerio de Salud), el código deontológico y bioético del ejercicio del psicólogo, Ley 1090, (Colegio Colombiano de Psicólogos), la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial (2013), la cual, propone los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2006), el Informe Belmont, Principios Éticos y Directrices para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación (1979) y las normas CIOMS, las cuales, plantean las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos, preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (2002).

Así mismo, los principios éticos básicos a los que apunta esta investigación son: el respeto a las personas, beneficencia y justicia (Informe Belmont, 1979; Normas CIOMS y Organización Mundial de la Salud, 2002), en esta misma línea, el respeto por los seres humanos y sus derechos individuales planteado en la Declaración de Helsinki (Asamblea Médica Mundial, 2013), el respeto por la Dignidad humana, los Derechos Humanos, Art. 3 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos (UNESCO, 2006) y Beneficio mayor al riesgo y los costos para la persona que participa de la investigación (Asamblea Médica Mundial, 2013).

En este sentido, el respeto a las personas refiere que cada sujeto debe tratarse como persona autónoma, es decir, capaz de elegir, deliberar y actuar, y que aquel con autonomía disminuida, debido a enfermedad, incapacidad mental o circunstancias que limitan su libertad severamente, deben ser protegidos ante cualquier daño o riesgo (Informe Belmont, 1979). La aplicación de este principio se lleva a cabo a través del consentimiento informado (CIOMS, 2002), el cual, es elaborado por la investigadora y transmitido al sujeto investigado con el fin de que este último pueda conocer y comprender los procedimientos que se llevarán a cabo durante la investigación, los beneficios que se obtendrán y los posibles riesgos, dejando a libre elección la participación en

la investigación, sin ninguna coacción y con la indicación expresa de que en el momento en que lo desee puede retirar su participación del proceso (Resolución 8430, República de Colombia. Ministerio de Salud, 1993).

Por otra parte, el principio de beneficencia está orientado a garantizar el bienestar del sujeto investigado, disminuir los daños y acrecentar los beneficios, comprender cuándo es necesario buscar beneficios aún con los riesgos que esto implica y cuándo es un deber ignorar los beneficios a causa de que los riesgos son mayores (Informe Belmont, 1979). En la búsqueda por aplicar este principio se evalúan, así, los beneficios y los riesgos que implican para los sujetos realizar la investigación.

La presente investigación es una investigación con riesgo mínimo (Resolución 8430, República de Colombia. Ministerio de Salud, 1993). En esta, se identifican riesgos psicológicos como la aparición de malestar ante emociones negativas como la tristeza, rabia, ansiedad, etc., durante la entrevista, dado que, el fenómeno que se busca comprender emana de situaciones sensibles sobre las cuales se le pide al sujeto hablar, para esto, la investigadora procura llevar a cabo la entrevista en un ambiente de tranquilidad y seguridad en el que el sujeto pueda sentirse libre de expresar su vivencia y busca generar confianza y garantizarle al sujeto investigado total privacidad y confidencialidad (Art. 9, UNESCO, 2006), garantizar su anonimato y la confidencialidad de la información que proporciona, no divulgar su nombre ni la información personal que permita su identificación, además de brindarle apoyo y acompañamiento psicológico en el momento que el sujeto lo requiera.

Por consiguiente, los beneficios esperados con la presente investigación son el acercamiento, la exploración y comprensión del fenómeno, generando de esta manera, que se conozca acerca de las experiencias emocionales de pacientes hospitalizados y sus vínculos afectivos, buscando además que se pueda empezar a pensar qué estrategias de apoyo se pueden implementar para ayudar a permear las afectaciones a nivel físico y mental que trae consigo el hecho de estar hospitalizado y con el agravante de no contar con vínculos afectivos. Además, tras utilizar la entrevista a profundidad y la observación participante como técnica e instrumento de recolección de la información, se puede obtener un beneficio para el paciente, en el que este último puede hablar de su vivencia, dar a conocer sus sentimientos y pensamientos, lo que denota un efecto terapéutico.

El principio de justicia, por su parte, hace referencia a que las personas que participen de la investigación sean quienes reciban los beneficios de la misma, es decir, se aplica mediante la imparcialidad de los investigadores. Este principio tiene su expresión en la selección de sujetos, la cual señala que, las personas invitadas a participar en la investigación deben ser aquellas que permitan la comprensión del fenómeno y de la misma manera reciban los beneficios esperados (Informe Belmont, 1979). Por consiguiente, la selección de los sujetos responde a la pregunta de investigación y, además, se cuenta con los criterios de inclusión y exclusión para garantizar que la selección sea justa.

Finalmente, en la presente investigación no se presenta conflicto de intereses para publicación de la misma.

## Anexo 2

### Consentimiento informado

#### Experiencias emocionales en pacientes con ausencia de vínculos afectivos durante la hospitalización en el hospital La Merced, Ciudad Bolívar 2023

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Objetivo:** La presente investigación tiene como objetivo explorar las experiencias emocionales de pacientes hospitalizados y sus vínculos afectivos con el personal especializado y los acompañantes, en el Hospital la Merced, Ciudad Bolívar, Antioquia.

**Participantes:** Se invitarán a participar de la investigación a pacientes adultos (mujeres y hombres) que se encuentran hospitalizados en el Hospital la Merced del Municipio de Ciudad Bolívar, Antioquia.

**Procedimiento:** Se realizará una entrevista a profundidad con cada participante, de manera individual, en la que usted podrá expresar libremente sus experiencias emocionales durante la hospitalización. La entrevista se llevará a cabo durante una sesión, teniendo en cuenta que habrá un último momento de cierre con el fin de devolver y darle a conocer los resultados obtenidos de la investigación. Además, se realizará observación por parte de la investigadora.

**Riesgos e incomodidades:** Las entrevistas pueden llegar a desencadenar distintas emociones con respecto a la vivencia del fenómeno, para lo cual, la investigadora le brindará el apoyo y acompañamiento oportuno. De la misma manera, en caso de necesitarlo, se le brindará orientación y asesoramiento en la búsqueda de atención médica y/o psicológica.

**Beneficios:** Con la presente investigación se podrá explorar, dar a conocer y comprender sus experiencias emocionales durante la hospitalización, las implicaciones que esto tiene en su salud física y mental, y, de la misma manera, contribuir a la reflexión frente al fenómeno, en la que se pueda empezar a pensar en estrategias de apoyo que ayuden a permear las afectaciones. Este estudio no cuenta con ningún beneficio económico.

**Compromisos del participante:** Es importante notificar a la investigadora las dificultades o situaciones con relación a la entrevista. De la misma manera, el deseo de retiro de la investigación, si es el caso.

**Voluntariedad de la participación:** Su participación en la investigación es completamente voluntaria, de la misma manera, podrá retirarse libremente de la investigación sin ningún perjuicio, en el momento en que lo desee, con el único compromiso de notificar a la investigadora su retiro y así mismo poder prescindir de su información en la investigación. Durante la entrevista, usted tiene total libertad para hablar o abstenerse de responder a las preguntas formuladas por la investigadora.

Esta investigación es realizada con fines académicos. Durante la misma, se garantiza su anonimato y la confidencialidad de la información que usted proporciona, es decir, no se divulgará su nombre ni información personal que permita su identificación.

Con relación a los objetivos, procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación usted puede solicitar información pertinente y clara por parte de la investigadora.

Será también un deber de la investigadora comunicarle cualquier eventualidad con respecto a la investigación y su participación en la misma, de esta manera, la investigadora podrá manifestar el retiro de su participación en la investigación si los riesgos para usted son mayores a los beneficios que podría recibir.

Si posterior a la lectura del presente consentimiento informado, usted está de acuerdo con participar en la investigación, firme a continuación con su nombre y número de identificación.

---

Firma del/la participante

C.C

---

Firma de la investigadora

C.C

---

Firma del/la testigo

C.C

### **Anexo 3**

#### **Preguntas guía para la entrevista**

1. ¿Desde hace cuánto te encuentras hospitalizado/a?
2. ¿Cuál es el motivo por el que estás hospitalizado/a?
3. ¿Cómo te has sentido desde que estás hospitalizado/a?
4. ¿En este momento cómo te sientes?
5. ¿Cómo te han tratado los/as enfermeros/as, los médicos? ¿Te han brindado información suficiente? ¿Cómo te has sentido con este trato y sus cuidados?
6. ¿Quiénes han sido tus acompañantes? ¿Hay alguien que te acompaña todo el tiempo?
7. ¿Mientras no tienes acompañantes qué haces?
8. ¿Cómo te sientes al no estar acompañado?
9. ¿Cómo describes tu experiencia de estar hospitalizado?