



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y
ARTES DE CHIAPAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

TESIS

**VIVENCIAS DEL PSICÓLOGO EN LA
INTERVENCIÓN CON PACIENTES
TERMINALES**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

MANUEL DE JESÚS SANTIAGO AVENDAÑO

DIRECTOR DE TESIS

MTRO. RENÉ DE JESÚS MUÑOZ COUTIÑO

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Septiembre de 2020



ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	4
INTRODUCCIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVOS	13
CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA	
1.1 ENFOQUE Y MÉTODO	14
1.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	15
1.3 SUJETOS	17
1.4 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.5 PROCEDIMIENTO	19
1.6 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN	19
CAPÍTULO 2. EL PROCESO DE MORIR	
2.1 EL INSOPORTABLE PROBLEMA LLAMADO MUERTE	21
2.2 NOCIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL	27
2.3 DUELO Y EFECTOS DE LA ENFERMEDAD	28
CAPÍTULO 3. PACIENTE TERMINAL Y SUS VICISITUDES	
3.1 EL PACIENTE ANTE EL DIAGNÓSTICO TERMINAL	31
3.2 LA FAMILIA FRENTE AL PACIENTE	34
CAPÍTULO 4. EL PSICÓLOGO EN SU PRÁCTICA FRENTE A LA MUERTE	
4.1 EL SUJETO LLAMADO “PSICÓLOGO” FRENTE A LA MUERTE	39
4.2 LA PRÁCTICA CLÍNICA CON PACIENTES TERMINALES	45
CAPÍTULO 5. LOS AVATARES EN LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA FRENTE A PACIENTES TERMINALES	
5.1 LA ANTESALA DE LA PRÁCTICA DEL PSICÓLOGO	51
5.1.1 ACERCAMIENTOS DEL PSICÓLOGO AL DISCURSO TANATOLÓGICO	51

5.1.2 EL DESEO DEL PSICÓLOGO EN EL PROCESO CON UN PACIENTE TERMINAL	56
5.1.3 RESISTENCIAS DEL PSICÓLOGO FRENTE A PACIENTES TERMINALES	59
5.2 EL PSICÓLOGO, TESTIGO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE DEL OTRO	61
5.2.1 LA CONCEPCIÓN DEL PSICÓLOGO ACERCA DE LA MUERTE	62
5.2.2 MOVILIZACIÓN EN EL PSICÓLOGO FRENTE AL AVANCE DE LA ENFERMEDAD	65
5.2.3 EL PSICÓLOGO FRENTE A LA MUERTE REAL	67
5.3 LA PRÁCTICA DEL PSICÓLOGO FRENTE A PACIENTES TERMINALES	68
5.3.1 FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES TERMINALES	69
5.3.2 COMPLICACIONES EN EL PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO TANATOLÓGICO	70
5.3.3 VIVENCIAS DEL PSICÓLOGO CON PACIENTES PEDIÁTRICOS	74
5.4 DEFORMACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL PSICÓLOGO	78
5.4.1 LOS MALESTARES EMOCIONALES EN EL PSICÓLOGO	78
5.4.2 LOS MALESTARES FÍSICOS EN EL PSICÓLOGO	79
5.4.3 DESANIMO DEL PSICÓLOGO FRENTE A LA PÉRDIDA DE SU PACIENTE	80
5.4.4 DERIVAS DE LA PRÁCTICA DEL PSICÓLOGO	82
5.4.5 RACIONALIZACIÓN DEL ACTING OUT DEL PSICÓLOGO	84
CONCLUSIÓN	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90

AGRADECIMIENTOS

A Dios, el Alfa y la Omega, de quien depende mi existir.

A mis padres, hermanos y familia, quienes me brindan su amor y apoyo incondicional para poder culminar los anhelos que surgen en mí.

A Marco Antonio Hernández Benítez y Esthervina Eleria Mancilla, quienes estuvieron presentes brindándome sus consejos y experiencias.

A Génesis Moncerrat Barrientos Hernández, la Florecita del Jardín, una fuente de inspiración y contención desde mi adolescencia.

A al maestro René de Jesús Muñoz Coutiño, quien me brindo su experiencia en la clínica frente a pacientes en el momento vulnerable de sus vidas, y su apoyo incondicional, siendo pieza clave en la realización del presente estudio.

A los maestros Jaime Pérez Alfaro, José Luis Hernández Gordillo, Ariadna Santiago Navarrete, quienes brindaron de sus conocimientos y puntuaciones necesarias para culminar este proyecto de investigación.

A Roger Ramos Matías, Francisco Ruíz Vázquez, Guadalupe López Nampula, mis colegas y amigos a quienes tuve la fortuna de conocer y compartir un sinfín de experiencias durante la carrera, además, de ser parte del inicio de este texto.

Al maestro Carlos Eduardo Pérez Jiménez, quien me inspiró a continuar con este proceso de investigación cuando apenas estaba empezando y titubeaba en llevarlo a cabo.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo analizar los procesos de intervención en los cuales el psicólogo es parte de ellos, en los contextos donde los pacientes a los que aborda están mediatizados por un diagnóstico de terminalidad.

Dicho trabajo se realizó desde el enfoque cualitativo, al mismo tiempo se empleó el método denominado estudio de caso, usando la técnica de entrevista a profundidad a Psicólogos que han intervenido a pacientes con un diagnóstico de terminalidad en distintos contextos (institucional y privado); en el proceso de interpretación de la información, se utilizó el análisis del núcleo semántico.

La pretensión de la presente investigación es hacer escuchar lo que le acontece al Psicólogo que está inmerso en estos procesos y cómo esto lo trastoca, de manera personal como en su proceder.

En consecuencia, el primer capítulo presenta la metodología empleada en la investigación, además, de describir el enfoque, el método utilizado y su respectiva técnica. Aunado a esto, se ofrece una descripción generalizada de los sujetos entrevistados, el contexto en el que se desarrolla la investigación y se expone el procedimiento que se llevó a cabo. Finalmente, se da cuenta de la forma en que se analizó la información obtenida por medio de las entrevistas realizadas.

En el segundo capítulo denominado “El proceso de morir”, se presenta la problemática que surge acerca de la teorización y conceptualización de la muerte y su proceso. Asimismo, se

reconoce las implicaciones de la noción de enfermedad terminal y como ésta desencadena malestares puesto que se vuelve resonante el hecho de que la muerte es próxima.

El tercer capítulo el cual tiene el nombre de “Paciente terminal y sus vicisitudes”, remite los conflictos que surgen en el paciente moribundo cuando se vuelve conocedor del diagnóstico y pronóstico de su enfermedad, por su parte, se plantean las dinamizaciones y complejidades que suceden en el grupo primario del sujeto que es la familia; estas movilizaciones se relacionan con formas de vincularse con el paciente enfermo y su nueva realidad; las formas de contener las reacciones del sujeto enfermo; y el desgaste que presenta por fungir como cuidador de su ser querido.

El cuarto capítulo nombrado como “El psicólogo en su práctica frente a la muerte”. En este capítulo se analiza la figura del psicólogo que emprende su práctica con sujetos mediatizados por una condición de terminalidad. En estos procesos, el Psicólogo es considerado como otro sujeto vulnerable de la práctica que, a partir de la relación terapéutica, se despiertan fenómenos contratransferenciales que se vinculan con sus necesidades propias que pueden desembocar en iatrogenias terapéuticas.

Por último, el capítulo al cuál se le designó con el nombre “Los avatares en la práctica psicológica frente a pacientes terminales”, se exponen las categorías que surgieron y a partir de estas, se apertura el análisis de la información, dejando al final las conclusiones obtenidas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vida y la muerte son dos hechos ineludibles en el ser humano, puesto que está sentenciado a experimentarlos en algún momento. Se tratan de las experiencias más individuales debido a que cada uno, desde su propia subjetividad, le añade sus respectivos significados.

La muerte puede generar incertidumbre por los elementos que lo acompañan; esto se debe a que llega de manera inesperada al ser humano, mismo que está acostumbrado a las superficialidades que ofrece la cotidianidad mostrando poco interés a la reflexión de lo que acontece en su existencia y al tener el choque con la realidad, en este caso la muerte, experimenta frustración (Gevaert, 1995). Siguiendo esta línea de pensamiento, Schopenhauer (1993) se refiere acerca de la muerte como: “el desate doloroso del nudo formado por la generación voluptuosa. Es la destrucción violenta del error fundamental de nuestro ser, el gran desengaño” (p.108).

Cuando la realidad de la muerte es un hecho cercano, es decir, que cuando se emite un diagnóstico de una enfermedad terminal que reúne un pronóstico desfavorable a un paciente, éste genera ciertos conflictos; debido a que desde el imaginario surgen algunos temores, esto es, que al momento de apalabrar la enfermedad haga que “mágicamente” se vuelva más real y, por otro lado, que al hablar de la enfermedad sea causa de preocupación y dolor a los seres queridos del paciente diagnosticado (Fonnegra de Jaramillo, 2006).

Para esto Pecznik (2012) define enfermedad terminal como:

[...]aquella enfermedad incurable y progresiva con posibilidades limitadas de respuesta al tratamiento, asociada a la presencia de síntomas múltiples, con importante impacto

emocional tanto en el enfermo como en la familia e incluso en el equipo sanitario, y que condiciona un pronóstico de vida limitado (p.39).

Es decir, que la muerte no es inmediata, sino que se gesta un proceso que tiene un efecto en el aspecto físico, emocional y relacional de quien padece dicha enfermedad. El duelo anticipado que se genera a partir del saber de la enfermedad no solo afecta al mismo paciente, sino que tiene su efecto en aquellos que lo acompañan, en este caso la familia.

El duelo entendido por algunos investigadores del tema como Bowlby (1993) son: “todos los procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que una pérdida pone en marcha” (p.40). De igual manera Freud (1917) alude al duelo como la “reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces” (p.3).

Muñoz (2017) menciona que en el paciente como en su familia se activan pensamientos, sentimientos, emociones y creencias que llevan a vivir la experiencia de un proceso de duelo, y que este mismo proceso puede dificultar la comprensión por parte del equipo rehabilitatorio en el proceso de la enfermedad.

Por lo tanto, el equipo (médicos, trabajadoras sociales, psicólogos, enfermeras, etc.) que acompañan al paciente en el proceso de la enfermedad pueden adoptar alguna postura que intenta simular empatía, sin embargo, esto puede ocasionar interferencia en dicho acompañamiento y tener una consecuencia negativa para el proceso a lo que hace alusión Ramírez (2007): “la subjetividad queda marginada por la técnica que alienta el diagnóstico en la medida en que éste sólo atiende a catalogar colocando el saber sobre el lado del especialista” (p.3).

Respecto a esto, en el proceso pueden surgir demandas de parte de los familiares, el paciente o la misma institución en donde se lleva a cabo dicha intervención. De alguna manera, estas demandas tienen un efecto en el proceder del equipo rehabilitador que el paciente tiene a su alrededor; demandas que están relacionadas con metas impuestas por la institución y la efectividad de su trabajo. Como consecuencia el psicólogo, en un intento de responder a la institución a la que pertenece, produce un acto marginalidad, dejando de escuchar enteramente al paciente.

En este sentido, el sujeto doliente que se encuentra mediatizado por la enfermedad terminal, intenta conferirle cierto sentido al sinsentido que instaura dicha enfermedad, es entonces, cuando se podría asomar la figura del psicólogo clínico que forma parte del equipo que acompaña al paciente, mismo que puede generar alguna sensación de esperanza frente al sufrimiento que éste último experimenta. Esto se debe a que el ser humano está en una continua condición de búsqueda de comprensión a todo lo que le acontece a lo largo de su existencia (Giannakoulas & Fizzarotti Selvaggi, 2009). De esta manera, el psicólogo se convierte en una posibilidad de poder hacer escuchar aquello que la familia no está dispuesta a soportar y que conflictúa al paciente.

En este contexto, al generarse el espacio de intervención se podría hablar de algunas figuras inmersas en este proceso: el paciente, que posee el diagnóstico terminal, la familia del mismo y el psicólogo. De primera instancia se podría considerar que las figuras “vulnerables” del proceso son el paciente y la familia, no obstante, es un hecho de que se puedan instalar fenómenos en el psicólogo que se revelan en la experimentación de malestares que, en ocasiones, son desplazados por su papel como psicólogo siendo perceptibles en actitudes, gestos, formas de intervención durante las entrevistas (Díaz, 1998) y en la afectación de la relación terapéutica.

Para comprender mejor esto Fortes (2009) refiere que: “el terapeuta tiene sus propios constructos acerca de la realidad que repercuten en su desempeño de diversas maneras” (p. 104), es decir, que el psicólogo a pesar de tener algún nombramiento de “profesional” no deja de ser un sujeto en los procesos de intervención.

Este sujeto que asume una posición denominada psicólogo, frente a ese Otro que se encuentra atravesado por una enfermedad terminal, no llega a ese lugar por azares o casualidades, sino por causalidades que bien pueden conectarse con necesidades que tiene que cubrir para subsistir; por otro lado, también puede ser que este deseo por atender a este tipo de pacientes se vincula con necesidades más profundas (inconscientes) que tienen que ver con sus propias vivencias con respecto a las pérdidas propias que hayan experimentado a lo largo de su vida.

Así como la muerte convoca la colectividad en los ritos funerarios de una comunidad, análogamente, la enfermedad terminal, que sabe a muerte, convoca a la comunidad de especialistas de salud, en el caso particular de este estudio al psicólogo, para atender. Ya que atender a la muerte del otro, de alguna manera atiende a nuestras interrogantes concernientes a la muerte de uno mismo.

Entonces, pensar en el proceso de acompañamiento a un paciente con un diagnóstico terminal es pensar en una serie de complejidades trastocadas por una variedad de factores que pueden o no estar previstas por el psicólogo, y que finalmente algún efecto tiene en este último. Frente a las mencionadas circunstancias, se genera el siguiente cuestionamiento: ¿cuáles son las vivencias del Psicólogo frente a la intervención con pacientes que poseen un diagnóstico terminal?

JUSTIFICACIÓN

La muerte como proceso, es considerado como un hecho innegable, la única verdad a la cual se enfrenta todo ser vivo. A pesar de ello, suele generar incertidumbre en todo ser humano; esto implica pensar en un argumento confrontador e incluso suele ser tema de evasión; sin embargo, cuando se instaura en la persona una enfermedad terminal con un pronóstico desfavorable, se activan algunos malestares propios de la enfermedad, la cual es un acercamiento a la fecha del deceso del sujeto. Estas enfermedades, por ejemplo, cáncer, VIH-SIDA, entre otras, suelen estar acompañadas de diversas afectaciones tales como: dolores en diversas partes del cuerpo y cambios físicos, además de efectos emocionales como enojo, frustración (Reyes, 2009).

Este proceso suele verse afectado por los efectos emocionales generados en el paciente y la familia que se encuentra de apoyo en el acompañamiento, por lo cual se hace importante el acercamiento de un grupo de trabajo profesional en este proceso. Dentro de ellos se encuentra el psicólogo, este puede regir su práctica de manera que el paciente y los familiares puedan expresar sus temores y aflicciones, el psicólogo como encargado de equilibrar a través de la escucha el sufrimiento de los pacientes (Fonnegra de Jaramillo, 2006).

A pesar de contar con las habilidades y capacidades teórico-práctico, existen ciertas movilizaciones imperceptibles en dicho profesional durante el constante trabajo con los pacientes terminales, las cuales se dejan entrever a través del desgaste emocional, generando frustraciones y enojos. (Fortes,2009). Estos malestares suelen generar efectos adversos en la práctica clínica del psicólogo, causando algunos errores en la intervención clínica.

Con base a lo antes mencionado para esta investigación fue elegido el profesional de la psicología que se encarga de acompañar a pacientes con diagnóstico terminal en el proceso de duelo, parte de esta investigación pretende comprender cuáles son aquellas vivencias del psicólogo que esta frente a estos pacientes, cómo se rige la práctica clínica cuando existe la noción de muerte, así como analizar cuáles son aquellas emociones y malestares que se generan durante el proceso terapéutico.

Esta investigación tiene suma importancia al ser una investigación crítica donde se pone de manifiesto todo aquello que los profesionales de la psicología pasan desapercibidos durante los procesos, o tienden a ser racionalizados a través de una base teórica.

Finalmente, se pretende que sea de gran utilidad para aquellos que están en el ámbito hospitalario o particular y se encuentren con pacientes quienes están dinamizados por los efectos de la enfermedad, los cuales llegan con múltiples resistencias y pérdidas generadas por el pronóstico terminal.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Analizar las vivencias del Psicólogo frente a la intervención con pacientes que poseen un diagnóstico terminal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Conocer las concepciones de muerte que poseen los psicólogos.

Identificar los efectos generados en los psicólogos durante el proceso de intervención con pacientes que poseen un diagnóstico terminal.

CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA

1.1 ENFOQUE Y MÉTODO

El presente trabajo de investigación se plantea desde el enfoque cualitativo, el cuál trata de “identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica” (Bautista, 2011, p. 15). El producto de la investigación cualitativa es información descriptiva en sus diversas manifestaciones, tales como: el discurso de los sujetos (sea escrito o hablado) y en conductas que pueden observarse (Taylor & Bogdan, 1987).

En este caso, se pretende analizar el fenómeno de las vivencias que el psicólogo adquiere en su práctica clínica al acompañar a pacientes que son poseedores de un diagnóstico terminal con pronóstico desfavorable.

Siguiendo lo anterior mencionado, el método a emplear es el estudio de caso, el cual, en palabras de Stake (1998): “es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (p. 11). Sin embargo, se ha de señalar que el estudio de casos es del tipo de colectivo, puesto que se busca comprender los fenómenos que se suscitan en el psicólogo en el ejercicio de su práctica clínica con pacientes terminales, recuperando las vivencias de cada uno de los entrevistados. En este tipo de estudio de caso se realiza estudios individuales y cada uno de ellos será instrumento para comprender el fenómeno a investigar (Stakes, 1998).

En este método se destaca la existencia de alguien que interpreta en el campo donde se lleva a cabo la investigación y, asimismo, observe el desarrollo del caso. El investigador toma el lugar de “alguien que recoja con objetividad lo que está ocurriendo, que a la vez examine su significado y reoriente la observación para precisar o sustanciar esos significados” (Stake, 1998, pp. 20-21).

Las observaciones que se hacen a detalle en el estudio de caso permiten al investigador analizar diferentes aspectos de manera exhaustiva, así como facilitan la interpretación los procesos seguidos por los participantes (sujetos).

1.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la realización de la presente investigación y tomando en cuenta su naturaleza, se opta en utilizar la entrevista como un medio para la recolección de datos, puesto que de esta “se obtiene toda aquella información que no obtenemos por la observación, porque a través de ello podemos penetrar en el mundo interior del ser humano y conocer sus sentimientos, su estado, sus ideas, sus creencias y conocimientos” (Cerdeña, 1991 p. 258-259). En relación al estudio que se realiza, el tipo de entrevista que se emplea es la entrevista a profundidad de tipo cualitativo, en este:

...deben realizarse en repetidos encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, para buscar la comprensión de las representaciones que tienen los sujetos respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (Bautista, 2011, p.175).

Este tipo de entrevista tiende a seguir un modelo de conversación entre iguales, despegándose del mecanismo formal de preguntas y respuestas. Además, el rol que ocupa el investigador “no sólo implica obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas, requiriendo pericia y creatividad” (Bautista, 2011, p.175).

Para la realización de la entrevista a profundidad se elaboró una guía de entrevista en la que se recaba información relacionada con: la formación del psicólogo y las motivaciones que lo convocan a llevar su práctica frente a estos pacientes; la dinámica que se genera en la intervención a pacientes con diagnóstico terminal; las movilizaciones que se gestan en el psicólogo en el proceso de intervención a los pacientes y sus respectivas familias; además de temas que oscilan en su propia concepción de muerte.

La guía de entrevista se compone por los siguientes temas y preguntas:

➤ Formación del Psicólogo.

) ¿Cuál es la formación que lo capacita para atender a pacientes con diagnóstico terminal?

) ¿Qué lo motivó a prepararse y trabajar en esta área?

) ¿En qué contextos ha trabajado con pacientes terminales?

➤ Dinámica de la intervención a pacientes con diagnóstico terminal.

) ¿Cuáles serían los desafíos en el primer acercamiento con un paciente terminal?

) ¿Cuál sería la función del psicólogo en el proceso que tiene que pasar el paciente terminal?

) ¿Cuál es el procedimiento normal que usted hace en su intervención con el paciente?

) ¿Qué diagnósticos son los más comunes en los que atiende usted?

Están conformados por cinco Psicólogos que llevan a cabo abordajes clínicos a pacientes que son poseedores de un diagnóstico de terminalidad, tales como: Cáncer, distrofias musculares, VIH-SIDA, insuficiencias renales, etc. El enfoque de la intervención es centrado en generar procesos de aceptación y/o adaptación frente a los efectos emocionales que emergen ante el dinamismo, efecto de la muerte inminente. Estos cinco psicólogos poseen experiencia en el abordaje clínico que oscila entre los 2 y los 21 años.

1.4 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación se llevó a cabo en tres consultorios privados de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas en donde se llevaron intervención a pacientes que poseen un diagnóstico terminal de distintas edades. Cabe mencionar que dos de estos tres de estos psicólogos que se entrevistaron en sus respectivos consultorios, cuentan con experiencia en el abordaje de pacientes terminales de manera institucionalizada, sin embargo, actualmente ejercen la clínica privada en donde han atendido casos de esta naturaleza.

Además, del Hospital de Especialidades Pediátricas en el que dos de los psicólogos trabajan con pacientes infantiles los cuidados paliativos y atención psicológica. Por otra parte, existe en el hospital un programa denominado: “Sigamos Aprendiendo”, donde se le da seguimiento al aspecto educativo a los pacientes que no pueden seguir estudiando por los distintos efectos que tiene la enfermedad en sus cuerpos.

1.5 PROCEDIMIENTO

La investigación consiste en la aplicación de entrevistas guiadas, para obtener la información pertinente que de la posibilidad de comprensión de los efectos que trae consigo la atención de paciente con diagnóstico terminal.

Primeramente, se obtuvo el consentimiento de los participantes de manera verbal, explicándoles las características de la investigación que se llevaría a cabo, recibiendo la aprobación de los mismo para proceder con las entrevistas. Después se llevaron a cabo la aplicación de las entrevistas guiadas, de las cuales se logró información que permitió analizar las vivencias del Psicólogo que se generan a partir de la intervención frente a pacientes con diagnóstico terminal.

1.6 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

Para este trabajo, se retoma la propuesta denominada análisis semántico de núcleos el cual posibilita el hecho de trabajar con el discurso desde una versión transformada que se acomoda para sintetizar lo dicho, lo que permite aprovechar en las fases evaluativas, como lo es la interpretación (Taylor y Bogdan, 1987).

En la fase de preparación es la codificación de la información, el cual divide el texto de acuerdo a su estructura tipográfica (títulos, y párrafos), agregando una etiqueta que pondremos a los textos con comentarios, opiniones, sentimientos, etc., (Kreuger en Álvarez-Gayou, 2003) y que pueden repetirse para contar con fragmentos discursivos que facilitan el proceso.

Después, se identifica de manera global y tentativamente se da el sentido de cada fragmento generando una tabla de contenido. El producto de este proceso genera un esquema que servirá de referencia en la confección del resumen.

CAPÍTULO 2. EL PROCESO DE MORIR

Se está tan acostumbrado a la vida, a lo conocido, que se pierde de vista lo que no conocemos, la muerte; la cual problematiza la existencia del hombre, puesto que amenaza la permanencia de su ser y pese al avance significativo en las últimas décadas en el campo de la ciencia y la tecnología, el humano sigue siendo neófito al intentar dar respuesta a cuestiones existenciales desde un paradigma científicista, puesto que, la muerte, convoca a la discusión acerca de temas de índole filosóficas, antropológicas y existencialistas.

La ciencia, como productora de conocimientos, guarda en su repertorio de discursos saberes que generan un sentimiento de (poder) seguridad al tener las respuestas a la diversidad de problemáticas que el humano enfrenta. Estos saberes son estructurados, mismos que se dictan como “verdad”, sin embargo, cuando la muerte es tomada como un objeto de estudio, el hombre de ciencia queda limitado ante éste. Debido a que la abstracción denominada muerte trae consigo efectos en el mundo simbólico del ser humano imposibilitando el hecho de estructurar y sistematizar un conocimiento acerca de esta, y da lugar a la pregunta: ¿es posible estudiar a la muerte?

2.1 EL INSOPORTABLE PROBLEMA LLAMADO MUERTE

La influencia capitalista ha dejado al hombre actual relegado de las cuestiones filosóficas de su propia existencia, que en tiempos anteriores lo convocaban a discusión. Ha sido engullido en la rutina y se ha vuelto una fuente de producción capitalista, haciendo que el ejercicio de reflexionar la muerte sea una pérdida de tiempo, pues se ha generado “una marcada tradición filosófica que nos exhorta a olvidarnos de la muerte y nos orienta a que no nos debe preocupar, ni nos incumbe la misma” (García, 2012, p. 41). La muerte propia o de otros se ha vuelto inmanejable para el ser humano, llevando a vivirlas por medio de proyecciones en historias presentadas en la televisión y las películas las cuales ofrecen una variedad de maneras posibles de morir y plantan la añoranza de una muerte utópica.

Aun, siendo desconocida, la muerte sigue convocando a todos, esto se hace evidente en los rituales fúnebres donde el cuerpo del difunto y lo que se haga con él es un centro de atención, y la comunidad de quien fallece asiste para despedirse y ser un soporte emocional a la familia.

Pero pensar la muerte propia o de alguien, genera incomodidad para la consciencia, por eso se vuelve necesario omitirla, a esto Fernández Cerdeño(2007) dice: “Esta es una de las pocas verdades innegables, que sin embargo todos evitamos, como la realidad más molesta, con una serie de actitudes y mecanismos de defensa” (p. 31).

En esta lógica de pensamiento, cuando la muerte se acerca (por medio de un diagnóstico) o se encarna, mediante una de sus tantas formas (accidente, suicidio, etc.), en un familiar o en uno mismo (por una enfermedad), estas situaciones llevan a cuestionar la misma existencia y “al hacerse problemática, requiere una respuesta y obliga a tomar posiciones” (Gevaert, 1995, p. 14). Es así donde la noción de muerte se instala en el discurso de quien está próximo a morir o de quien sufrirá la pérdida, llevando a focalizar la atención al tiempo de vida restante y en las vicisitudes que se avecinan (la pérdida de la autonomía, el dolor, los gastos inesperados, etc.).

La muerte genera dudas y conflictos que incitan al humano a esforzarse por “recuperar” el dominio sobre ésta mediante el conocimiento: buscando etiologías de enfermedades, creando cuadros nosológicos para, así, poder prescribir formas de actuar y evitar este hecho trágico; incluso, al saber que la muerte es próxima, se busca formas de afrontar con tal de estar preparados para cuando se instale la pérdida. Sin embargo, esto se torna utópico porque la noción de muerte desencadena reacciones y procesos tanto individuales como subjetivos que la ciencia muchas veces ignora, ya que “la ciencia de los hombres no da cuenta de los fenómenos del pensamiento, o por lo menos no de aquellos que son tan escandalosos y macabros” (Hernández, 2018a, p. 95), esto se debe a que en los discursos académicos-científicos existen hipótesis que proponen un curso del fenómeno a estudiar, pero la subjetividad no está sujeta a parámetros concretos que puedan dar cuenta de una medición exacta.

Además, debido al fenómeno polisemántico que trae consigo la ciencia, conceptualizar la muerte es todo un conflicto, pues ésta tendrá variaciones de acuerdo al paradigma con la que se intenta definir. Por ejemplo, desde la perspectiva médica la muerte es denominada como un “diagnóstico” que se identifica al reunir signos objetivos que poseen valor mostrativo (Trueba, 2007).

Por otro lado, desde el imaginario social, la abstracción de la muerte es calificada como un hecho (figura) malo(a). Esta concepción puede ser deformada a partir de las experiencias que se tenga con ella y los significados que se le adjunten, pues hay de aquellos, como es el caso de los narcosatánicos, que para proteger su vida terminan “rindiendo culto a la muerte para implorar su protección, para que al menos la vida no sea tan sufrida y la agonía no carcoma el sentido de vivir” (Gaytán, 2008, p. 41), dando a entender que ellos pueden encontrar en la muerte una aliada perdiéndole, así, el temor.

Por su parte, las diferentes religiones ofrecen una “victoria” sobre la muerte y aseguran la permanencia del hombre, incluso después del deceso. Tal es el caso de la teología cristiana que habla acerca de la muerte como “la separación del alma del cuerpo y la introducción del hombre al mundo invisible” (Pearlman, 1992, p. 270), siendo ésta consecuencia del pecado del primer hombre, Adán. Es así como se figura el inicio de la “vida eterna” el cual tendrá uno de dos destinos: el cielo o el infierno, de acuerdo a su fe y estilo de vida.

Algo similar sucede con la cosmovisión de los tzeltales quienes tienen una concepción mitológica del origen del mundo y consideran que existe una relación entre los seres vivos y divinos. Así también, están en la constante búsqueda del “lekilkuxlejal” (la vida buena) (Toledo, 2018). Además, después del fallecimiento, el hombre termina en el “Yut balumilal” (inframundo) siendo este un lugar donde uno se sigue desarrollando aun después del deceso y se vuelve el protector espiritual de la familia que le sobrevive.

Estas concepciones religiosas de la muerte ponen en evidencia la necesidad de los seres humanos en tener una esperanza, que aliente la idea de la permanencia de los seres queridos que se van. Haciendo que la muerte parezca relativa, pues las ceremonias que se hacen, de acuerdo con cada religión, como dice Fernández Cerdeño (2007):

...no solo llevan en sí un proceso de separación, sino también un deseo de preservar en la “otra vida” al muerto, acompañando el entierro con ofrenda de objetos de la vida diaria que se supone sean útiles en la otra vida (p.32).

Contrariamente, desde una posición ontológica, se plantea que es inoperable toda posibilidad de existencia después de la muerte:

En cuanto poder-ser, el Dasein es incapaz de superar la posibilidad de la muerte. La muerte es la posibilidad de la radical imposibilidad de existir [Daseinsunmöglichkeit]. La muerte se revela así como la posibilidad más propia, irrespectiva e insuperable. Como tal, ella es una inminencia sobresaliente (Heidegger, 2003, p. 271).

Con el planteamiento de Heidegger quedan soslayadas las fantasías y representaciones imaginarias acerca de la vida después de la muerte, dadas por un pensamiento occidental centrado en las creencias de la inmortalidad del alma, aun en sus diferentes presentaciones/religiones.

Cabe mencionar que, a pesar de que estas concepciones son parte de discursos monopolizados, cada sujeto poseedor de su propia subjetividad, construye y significa a la muerte a partir de su relación con los otros, su historia familiar, las vivencias y creencias, igualmente, es influenciada por la cultura de su lugar de origen.

El conocimiento del cómo cada ser humano dejará de existir no es algo que está al alcance de los mortales; además, en diversas ocasiones, pareciera ser discordante la forma del morir con la persona, por ejemplo: los casos de estudiantes inocentes que mueren de una forma trágica en un tiroteo o la muerte de los niños por medio de una enfermedad terminal, quienes no han vivido mucho tiempo como para “merecer” esta forma de morir. Esto se torna alarmante para la sociedad. Como bien dice Paz (1999):

Muerte de cristiano o muerte de perro son maneras de morir que reflejan maneras de vivir. Si la muerte nos traiciona y morimos de mala manera, todos se lamentan; hay que morir como se vive. La muerte es intransferible, como la vida. Si no morimos como vivimos es porque realmente no fue nuestra vida que vivimos: no nos pertenecía como

no nos pertenece la mala suerte que nos mata. Dime como mueres y te diré quién eres (p. 59).

Es así como se percibe cierta imparcialidad por parte de la muerte, puesto que no solo llega de manera trágica únicamente a cierto tipo de personas (que comúnmente se clasifican como malas), sino que se muestra incierta en cuanto a quién, cómo y cuándo ha de llegar.

Como anteriormente se mencionó, es alarmante cuando la muerte llega a la vida de un niño. Puesto que, desde imaginario social, son ellos los que “no deberían sufrir o morir”, ya que lo “natural” es que los adultos/ancianos que han recorrido un tramo más largo de la vida y han disfrutado de ésta deberían estar preparados para dejar de existir. Sin embargo, la crudeza de la realidad confronta por medio de casos de niños que sufren alguna enfermedad degenerativa sufriendo un proceso trágico y doloroso, movilizándolo en quienes acompañan a ese niño una serie de sentimientos y conflictos; además, la muerte en niños, pareciera tener un efecto a largo plazo en el personal de salud que está inmerso en la atención de este enfermo, dando a entender que la muerte que genera un efecto adormecedor en la “Physis” (refiriéndose a la naturaleza o al físico del hombre) del enfermo, es la misma que despierta los malestares inconscientes en la “Psykhé” del profesional.

La muerte como tal no puede ser estudiada pues “remite a una experiencia de la que no es posible tener relato. En un contexto social amplio, pertenece al registro de lo innombrable y representa una de las heridas narcisista más importantes” (Peczник, 2012, p. 44), es decir, que se toma como referencia aquello que es complicado para la ciencia estudiar: el discurso del sujeto, el cual remite a su subjetividad.

2.2 NOCIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL

La enfermedad es un desencadenante de preocupaciones, misma que lleva a movilizar desde una persona hasta una familia entera, aun cuando la enfermedad no sugiera gravedad; pues se magnifica la idea de que, si no se atiende de manera adecuada, puede agravarse, produciendo en el enfermo, complicaciones que a futuro comprometerán su calidad de vida y terminarán en su muerte.

Si bien, ese efecto es el que se produce una enfermedad común al agregar el apellido “crónico” o “terminal”, el paciente junto con sus familiares, experimentarán perturbaciones en distintas áreas de sus vidas debido a que, a posteriori, el enfermo irá perdiendo funciones de su cuerpo que llevará a la familia o el grupo de apoyo al que pertenezca a configurarse.

En gran parte de los tratamientos se requiere una serie de cambios significativos de los estilos de vida del paciente, que en la mayoría de los casos se traducen en privaciones (en comidas, actividades físicas, laborales, etc.) y la administración de medicamentos llevando al paciente a dependencia parcial o total de los otros para llevar a cabo los cuidados necesarios. Además, Oblitas (2010) encuentra dos diferencias entre las enfermedades terminales, las cuales pueden engendrar formas distintas de vivir la enfermedad: La primera, se relaciona con un deterioro físico inminente y el declive significativo de las funciones mentales, haciendo que el mismo paciente no sea consciente de todo lo que vive en el proceso de la enfermedad; en la segunda, en el paciente no se presenta un deterioro cognoscitivo, permaneciendo lucido en el proceso de la enfermedad hasta el último momento de su vida.

Esta última forma de vivir la enfermedad, lleva al paciente a experimentar el proceso de su enfermedad con todo lo que corresponde, similar a lo que sucede con pacientes oncológicos, pues según Pecznik (2012) ellos son testigos conscientes de las pérdidas que tendrán el resto de vida: afectaciones en distintas partes de su cuerpo, que trastocan diversos aspectos de la vida, además, los dolores y el desgaste emocional de ver a sus seres queridos sufrir el proceso.

Es importante considerar uno de los momentos más difíciles para un enfermo que se le diagnóstica una enfermedad terminal, el cual es la sustitución de un tratamiento curativo a un tratamiento paliativo; pues este cambio sugiere al abandono a toda esperanza de cura, por ende, el inicio del final de su vida, llevando al personal médico a la configuración de los objetivos y metas del tratamiento, así como las expectativas del paciente y la familia.

2.3 DUELO Y EFECTOS DE LA ENFERMEDAD.

Todo ser humano está destinado a perder en algún momento de su vida. Pierde distintas cosas materiales, pero cuando la pérdida se relaciona a un ser querido, tendrá que transitar por un camino (proceso) el cual es denominado como duelo. Freud (1917) lo define como “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. (p.241)”.

El duelo es considerado un proceso normal en la vida del humano, que trae consigo ciertas desviaciones graves en su conducta, aunque, en ocasiones, es innecesario remitir al sujeto con el profesional, que en este caso es el psicólogo, puesto que después de cierto tiempo se

tendría que haber superado de forma natural (Freud, 1917). Sin embargo, es de reconocer que detrás de la pérdida de la propia vida o la de un familiar, subyace una serie de significados y vínculos que complican el proceso que se tendría que pasar de forma “natural”.

Pues existe una necesidad imperante en el ser humano de poder generar vínculos afectivos con otros seres humanos y cuando estos son amenazados o se rompen provocan fuertes reacciones emocionales (Worden, 2013). Además, Bowlby (1977) sugiere que estas circunstancias “activan conductas de apego más fuertes: aferrarse, llorar y quizá coaccionar con ira [...]. Cuando estas acciones tienen éxito, se restablece el vínculo y se calman las actividades y los estados de estrés y de aflicción” (p. 429).

Aunque existen teóricos que sugieren una serie de fases por las que pasa un paciente moribundo, como tal es el caso de Klübler-Ross (1993) al nombrarlas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación; la realidad es que, en ocasiones, no parece tener una secuencia coherente en las manifestaciones psíquicas del paciente o la familia que lo acompaña, desconcertando a quienes intervienen desde una perspectiva psicológica, como bien dice Fonnegra de Jaramillo (2006):

Así, habrá días en que predomine la esperanza de una curación milagrosa a pesar de los pronósticos desfavorables, otros en los que la percepción predominante sea la del inocultable deterioro físico, otros en los que la angustia de sentir interiormente el proceso destructivo que llevará inexorablemente a la aniquilación invada a la persona, otros en que prime la percepción reconfortante de amor y cuidados por parte de tantos seres queridos preocupados y pendiente, otros en que predomine la visión de un escenario aterrador (p. 30).

La enfermedad se vuelve la anunciante de la funesta caída de la existencia del hombre, y al enterarse de que esta es próxima, se resiste como bien refiere Díaz (1998): “el hombre no quiere morir, no se representa su propia muerte y en cambio inventa continuas formas de ser inmortal” (p.5), pues, el sujeto al saber de su enfermedad se engendra una tarea sumamente difícil de ejecutar: “aceptar lo inaceptable” (Fonnegra de Jaramillo, 2006).

Es de pensar que los efectos de la noción de la enfermedad terminal solo atañen al paciente como a sus familiares, pero es importante mencionar que los profesionales de la salud también se ven afectados, manifestándose en su práctica profesional. Tal es el caso del médico que al llegar al límite de su quehacer y verse rebasado por la enfermedad, pierde el interés por el paciente. Como Gallo (2002) refiere:

Es como si no soportara la impotencia de no poder curar, por eso no parece tener una idea muy clara de cuáles son los límites éticos de su acción, pues una y otra intervención mecánica o farmacológica estarán justificadas a nombre del noble objetivo de sanar al enfermo y del paradigma médico del cuerpo como idéntico al organismo (p.122).

Dando a entender que los médicos están posicionados en el lugar del saber, que es atribuido por el discurso científico que profesan y la institución que los respalda. Sin embargo, esto es desarticulado al toparse con lo incurable, revelando en estos profesionales una herida narcisista; quitando de esta manera la etiqueta de “Salvador”, limitando su quehacer a acciones paliativas y deteniendo su gozar, echando mano del paciente; pues esto significa, para el paciente, resignarse y dejar de obedecer a su salvador/médico (Gallo, 2002).

CAPÍTULO 3. PACIENTE TERMINAL Y SUS

VICISITUDES

Se cree que el tiempo es un aliado el cual sanará las heridas que surjan a lo largo de la existencia de todo ser humano. Sin embargo, se torna una enemiga cuando la sentencia es anunciada y en vez de sanar, agrava. Aludiendo a lo que sucede en el proceso de la enfermedad en el sujeto, mismo que pierde su nombre y apellido, para ser sustituido por el nombre “paciente” y por el apellido de “un término médico”, por ejemplo: paciente oncológico; perdiendo su condición de sujeto y estando en primera fila para ver una serie de escenas (procedimientos) que solo darán cuenta de la decadencia de su vida.

3.1 EL PACIENTE ANTE EL DIAGNÓSTICO TERMINAL

De forma silenciosa e inoportuna la tragedia toca a la puerta. En un principio se puede manifestar como una molestia en algún lugar del cuerpo y luego del sometimiento de una exhaustiva valoración médica se dicta la sentencia, el diagnóstico de la enfermedad. Esta despierta al humano de la falacia de ignorar las desgracias y los sufrimientos, que suceden en la vida (de otros), ofreciendo la idea de un buen vivir al magnificar sentimientos relacionados con plenitud y de estar bien con uno mismo todo el tiempo, vendida por el capitalismo voraz que atañe a la sociedad actual (Hernández, 2018b); estas ideas quedan desdibujadas al saber que el

desmejoramiento del cuerpo será el camino a recorrer hasta ese destino legítimo llamado muerte, a sabiendas que esa salud y bienestar perdido ya no se recuperará jamás.

Es aquí donde se vuelve imprescindible reflexionar de este “acto” que acerca al paciente a su nueva realidad y que traza el camino hacia su muerte: la emisión del diagnóstico médico. Dicho diagnóstico es el producto de una serie de estudios estadísticos y fisiológicos serios, que dan a conocer elementos nosológicos, además, de ofrecer un pronóstico, el cual es una predicción del avance de la enfermedad y su hipotético final; todo esto con el fin de plantear directrices que clarifican el proceder terapéutico o paliativo.

En este contexto, convoca a discusión el tema de la comunicación del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, así como el informar el estado de salud actual y dar respuestas a las preguntas que surgen al paciente y la familia.

La actividad de la comunicación termina siendo uno de los pilares del proceso de la enfermedad terminal, puesto que la atención no se dirigirá a la cura, sino al control del dolor hasta el final de la vida del paciente. Sin embargo, la forma en que se dé la información será crucial para el vínculo médico-paciente y sometimiento al tratamiento. Debido a que el médico será el que acompañe, si el paciente así lo desea, en todo el proceso de la enfermedad.

Aunque se debe reconocer que éste médico puede asumir una postura paternal que anula la posibilidad de informar al paciente sobre su condición actual, como alude Benítez & Asensio (2002): “Así, en el modelo biomédico predominan las relaciones paternalistas sobre las que se apoyan las actitudes de la “mentira blanca” (la ocultación de información realizada por los médicos) y la comunicación centrada en el profesional” (p.464). Esta acción de ocultar la

información de la enfermedad se vincula con los temores del profesional a la reacción del mismo paciente.

Por su parte, la familia intenta no hablar acerca del diagnóstico del ser querido, debido a que se vuelve insoportable el hecho de pensar en el futuro deceso. Además, se genera la fantasía de que, al apalabrar el tema relacionado con la pérdida del paciente, por “mala fortuna”, la muerte se haga más próxima, aunado a esto, el mismo tema genera preocupación y dolor a los familiares (Fonnegra de Jaramillo, 2006).

Pese a todas estas preocupaciones que emergen de los actores implicados (enfermeras, médicos, trabajadores sociales, incluso, la misma familia) en el proceso de la enfermedad queda ignorado el deseo del paciente; el mismo que pierde su valor de “sujeto” en el proceso, pues queda relegada su decisión en cuanto al querer saber o no de su propia enfermedad y en la toma de decisiones respecto a la misma.

La palabra del paciente, poseedor del diagnóstico, puede quedar sepultado por el hecho de que no coincida con el deseo que emana de la familia, los profesionales de la salud y/o la institución que lleva el seguimiento de la enfermedad; puesto que, en su ejercicio de autonomía, el paciente puede decidir no continuar con el tratamiento médico o puede existir la posibilidad que la familia decida por el paciente que continúe con el tratamiento y, en este afán de ayudar a su ser querido, se generen conductas que sugieran sobreprotección, incluso, insistencia de que el paciente esté enterado de todo lo que le sucede a pesar de que, él mismo, no quiera saber nada acerca de su propia enfermedad, puesto que “todos tienen el derecho de negar la propia muerte o la de los seres que amamos para poder vivir: incluso cuando la sabemos cerca” (Fonnegra de Jaramillo, 2006, p. 26).

Como consecuencia, el profesional de la salud, en conjunto con la familia, pueden caer en categorizar al mismo paciente como “anormal o desordenante” (incluso, patológico), debido a que, desde el discurso científico (médico) y la moral (de la familia), quieren que el paciente no desista de su tratamiento por querer “curar” el sufrimiento.

De esta manera se deja entrever como la sociedad normativizada actúa contra aquello que es anormal, en este caso el deseo del paciente, de manera que “obliga a toda institución a evitar el contagio y el peligro que éste revela, no solo a condición de su propia physis, sino como lo imposible y lo prohibido en su máxima expresión” (Hernández, 2018a, p.40).

El paciente, en el momento que se instala la enfermedad en su vida, comienza una lucha no solo contra la muerte biológica, sino contra esos discursos y deseos que se imponen ante esa subjetividad, emprendiendo una búsqueda, si así lo desea, de oídos receptores para este último tramo de su vida, los cuales puedan rescatar y dignificar lo más preciado del proceso y, que lo salvan de ser solo un enfermo u objeto de estudio, reivindicando su posición de sujeto: su palabra.

3.2 LA FAMILIA FRENTE AL PACIENTE

El sujeto, así como está sentenciado a la muerte, está sentenciado a pertenecer a un grupo conformado por personas que comparten un vínculo consanguíneo con él denominado: familia; que, aun, en la ausencia de ésta última, acompañarán al sujeto el resto de su vida.

Este sujeto que es poseedor de una historia particular, vive y se desarrolla dentro de un contexto familiar que terminará dándole formas de relacionarse con los otros que están fuera de

este contexto íntimo. Pasaran muchos años de dependencia del otro, dentro de la familia, y de las funciones que cada progenitor aporta (función del padre y función de la madre), para así humanizarse, constituirse e insertarse a su grupo y su cultura (Medina, 2018).

Además, de la historia que cada familia tiene con el sujeto, que en el contexto de la investigación remite a alguien próximo a morir, poco a poco se deja entrever su estructura y dinámica. Manifestándose en varios causes como lo es la expresión de los afectos, pues las familias son las que determinan la permisividad del surgimiento de sentimientos y emociones, así como en dónde y el momento de su expresión. Gerlein (2006) ejemplifica esto al decir que:

En algunas familias el enojo solo les es permitido a los padres y no toleran expresiones de rabia en los hijos, en otras los besos y abrazos se reservan para ocasiones especiales (cumpleaños, viajes, graduaciones) o solo se comparten con las hijas mujeres (p.109).

Es decir, que las expresiones de afecto, así como las recepciones de los mismos, parecieran ser un derecho para algunos miembros privilegiados de la familia; aunado a esto, hay cierto rechazo a emociones etiquetadas como “negativas”, acentuándose en los procesos de enfermedad debido a que son catalogadas por la familia (incluso, por la sociedad) como signos de debilidad. Sin embargo, en estos procesos son las emociones, que se presentan con más frecuencia, que acompañan al doliente (y a la familia), pues ve(n) su cuerpo en decadencia sucumbir de a poco ante la enfermedad, y entregarse a la muerte.

No es de impresionar que la familia inmersa en un estrés prolongado y constante, por los cuidados que se hacen al paciente, agoten sus recursos emocionales y/o materiales. Además, la enfermedad es un revelador de las fortalezas y vulnerabilidades de la familia, además, de poner a prueba la estabilidad (homeostasis) y la flexibilidad de las familias, con tal de responder a los

desafíos que vienen; la estabilidad, se mantiene por mecanismos homeostáticos que son caudales que fijan normas y hacen que se cumplan con el fin de mantener estable el sistema de interacción familiar, por su parte, la flexibilidad, se vuelve imprescindible para que la familia tenga la capacidad de adaptarse a los cambios internos y externos que las enfermedades graves demandan (Rolland, 2000).

Aunque el paciente enfermo esté en casa o en el hospital, es innegable que esto demanda una reorganización de las rutinas familiares y, en ocasiones, limitaciones en la vida de cada integrante, con tal de acompañar y cuidar al enfermo. La disponibilidad y compromiso que cada integrante de la familia tenga con el paciente se deberá, en gran parte, a la historia de relación con la persona y cómo asimila su enfermedad (Gerlein, 2006). Pues existen familias donde un miembro sostiene una relación conflictiva con el enfermo y se niegue a formar parte del grupo de cuidadores, con tal de no sacrificar sus actividades. O el paciente, al recibir el diagnóstico de la enfermedad, desee aislarse de todos o algunos miembros de la familia, con tal de ahorrarle el sufrimiento a los que quedan excluidos del grupo de cuidadores.

En adición a esto, una pieza clave a lo largo de la enfermedad es el cuerpo de profesionales que dan seguimiento y que, de alguna manera, son injertados en la estructura familiar, pues en enfermedades que demoran mucho tiempo y que incapacitan al paciente, Rolland (2000) refiere que:

... no es raro que los profesionales que participan en la atención domiciliaria se vuelvan centrales para la vida familiar. Por tanto, deben considerarse parte integrante del sistema cotidiano. Esta situación es particularmente llamativa en enfermedades graves que comienzan en la niñez: el equipo de salud se convierte en una verdadera «segunda familia» (p.98).

Esto se debe a que la familia en ocasiones se ve rebasada por la enfermedad y los procedimientos médicos que se tienen que llevar a cabo al integrante enfermo y al no tener los conocimientos (técnicos) suficientes, recurren a los profesionales.

Es de mencionarse que ver cómo progresivamente el organismo del paciente se va deteriorando, aunado a esto, el desgaste físico y emocional que sufren los familiares, adquiere un mayor impacto y complejidad cuando, quien sufre la enfermedad, es un niño. Debido a que, lo común, en una familia es esperar la llegada del hijo, misma que guarda “una serie de significantes con relación a él. Ocupa, además de la dimensión significativa, un lugar en el deseo del Otro que determinará su posición en la estructura familiar” (Díaz, 1998, p.1), aun antes de nacer; pero no se espera a que éste niño se vaya tan pronto de la familia, y saber que esta pérdida es próxima hace pensar a cada miembro de la familia lo que significará, de manera individual y subjetiva, dicha pérdida. Pues como refiere Díaz (1998):

Preguntarse qué significa perder a un hijo, implica preguntarse qué lugar ocupa ese niño en el deseo de quien lo pierde. La respuesta variará según el diferente estatuto que el niño tenga para cada sujeto, padre o madre, y según el lugar que ocupe en esa estructura familiar particular (p.2).

Por otra parte, el saber de la enfermedad del hijo abre la posibilidad, para los padres, de considerar la opción que describe Zulueta (1999): “La muerte del bebé es una liberación y proporciona una huida del problema. Está presente cuando el niño sufre alguna enfermedad grave u operación quirúrgica, y también cuando después del nacimiento permanece hospitalizado por alguna circunstancia” (p. 133). Este discurso es presentado, comúnmente, a las familias de hijos con discapacidad que deviene del saber del médico, pero puede ser empleado cuando la enfermedad en el niño ha avanzado lo suficiente llegando a un punto donde ya no hay retorno a

un estado de salud óptimo, con la intención de evitarle a la familia más dificultades y sufrimientos que trae consigo el agravio de la enfermedad en el niño.

Al haberse aplazado y complicado por mucho tiempo la enfermedad, y ver periodos de mejorías sucedidos por momentos de suma gravedad, manifestándose con el sufrimiento intenso por parte del paciente, la familia en ocasiones pide a Dios el “descanso” de su integrante, mismo que se traduce en el deceso del familiar enfermo; pero a este deseo le subyace, también, el propio deseo de descanso de los familiares. Sin embargo, este mismo deseo se hace inconfesable, de modo que se generan sentimientos de culpa por la consideración egoísta y desamorosa (Gerlein, 2006). Aunque se pierde de vista que la enfermedad de un familiar traerá consigo agotamiento físico y emocional, dejando exhausto a todo aquel que se hace partícipe de este proceso, el hecho de desear el final, según Gerlein (2006): “sea un acto de generosidad” (p.125).

CAPÍTULO 4. EL PSICÓLOGO EN SU PRÁCTICA

FRENTE A LA MUERTE

En la antigüedad, el hombre en busca de respuestas a las vicisitudes que le acontecía a lo largo de su existir, recurría a la persona que poseía algún saber más allá de la vida. Esta persona denominada “Oráculo” ofrecía sus servicios en un lugar privado en donde el consultante podía expresar sus dudas, tragedias, conflictos y poder recibir un dictamen, el cual tenía que ser interpretado por la misma persona que solicitaba estos servicios. A pesar de que, en diversas ocasiones, estos casos terminaban de manera trágica, en dicho espacio se manifestaba el respeto y contención por el dolor y sufrimiento humano. Esto no dista de lo que el hombre actual vive, que a pesar de los avances que la humanidad tenga, en lo científico y tecnológico, el sufrimiento y la tragedia siempre estarán presentes en su historia, haciendo necesario la ayuda de un “Oráculo” actual que le ofrezca contención a su malestar, este es: el Psicólogo.

4.1 EL SUJETO LLAMADO “PSICÓLOGO” FRENTE A LA MUERTE

Existe toda la gama de servicios ofrecidos en la sociedad que focalizan su atención en acciones paliativas, pretendiendo aliviar los sufrimientos de los cuales el humano se aqueja e intentando responder a la demanda capitalista de una sociedad sumamente hedonista, pues, así como refiere Hernández (2018b):

La industria de la felicidad y del buen vivir son audaces con toda la serie de discursos que abogan y ofertan en distintos slogans mercado-técnicos que seducen a la pasividad y a procrastinar en el tema de la incertidumbre, el riesgo y la transformación (p.226).

La muerte, cuando hace acto de presencia por medio de la enfermedad, el cual trae consigo incertidumbre y transformación, es relegado con tal de no generar conflicto. Sin embargo, es en la “terminalidad terapéutica”, término que se usa para definir “el momento de la enfermedad terminal en el cual han cesado las posibilidades curativas y sólo queda el sujeto enfermo frente a su existencia” (Peczник, 2012, p.39) donde el psicólogo se erige, de entre todos los profesionales que están alrededor del mismo sujeto, no como un “salvador” sino como un acompañante que puede ofrecer contención al sufrimiento que genera la pérdida de su salud y su vida. El psicólogo ante la sociedad es ubicado en el “lugar del supuesto saber”, debido a que “es visto por el otro con ciertos dotes especiales, al grado de pensar que con sólo una mirada clínica que dirija, basta con conocer sobre el otro” (Arriaga, 1999, p. 152), colocando, en la práctica clínica, al sujeto frente al “discurso del amo” al cual, citando a Lacan (1992): “no le interesa el saber, sólo desea que la cosa marche” (p.59). Sin embargo, la realidad es otra, el psicólogo no sabe nada de su paciente y menos es poseedor de una verdad.

No obstante, es interesante observar, en el psicólogo, que se producen ciertas resistencias al “escoger” el tipo de pacientes que atenderán en la consulta privada o al escoger una institución para trabajar, declinando la atención a aquellos que son acreedores de una enfermedad terminal. Inclusive, este apellido (terminales) pareciera ubicar a estos sujetos en alguna categoría diferente, en cuanto a la atención psicológica se refiere, a diferencia de aquellos pacientes que no poseen un diagnóstico terminal y un pronóstico desfavorable. Pues se considera que, a posteriori, se gestarán limitaciones en cuanto al funcionamiento de su cuerpo, así también, la presencia del

dolor que conlleva la enfermedad, la confusión que se da en la dinámica familiar del paciente, entre otra serie de factores que dificultaran el acompañamiento psicológico y provocarán que el mismo psicólogo se pregunte si vale la pena atender a un sujeto mediatizado por un diagnóstico terminal, que en cualquier momento, y de manera abrupta, termine el proceso sin, aparentemente, tener un buen fin. A esto se refería Gallo (2002) al decir que: “Lo incurable sella la impotencia del médico y, a la vez, pone un límite a su obsesión de sanar” (p.122).

Por otro lado, el psicólogo tiene distintas necesidades (económicas, emocionales, biológicas, etc.) las cuales tiene que suplir, pues “al no estar consciente de estas influencias lo pueden envolver en situaciones en las que pierde el foco terapéutico” (Fortes, 2009, p. 21), es decir, que las necesidades propias del psicólogo reemplazan las necesidades del paciente en el proceso de acompañamiento, generando así, iatrogenias terapéuticas.

Entre las necesidades del psicólogo puede estar inmerso deseo de reconocimiento por su trabajo que, de manera inconsciente, está mediatizado por una moral que lo lleva a “hacer” para ofrecer una especie de “cura” al malestar que desencadena la muerte próxima, resaltando la efectividad de su práctica y ganando renombre entre sus colegas y ante la sociedad; esta funcionalidad encaja con las demanda del Estado que busca la eficacia de los sujetos que están bajo su poder, pues la “lógica médica, jurídica y biológica buscará erradicar toda anomalía desde el dispositivo” (Hernández, 2018a, p. 38).

Por su parte, la psicología y las psicoterapias en su intención de “curar” el malestar, mirará con desdén a ese proceso “amorfo” que se genera en el duelo anticipado, mismo que se instala en el sujeto al saber de su enfermedad; considerando que la enfermedad inserta en él, el sinsentido que desencadena una serie de procesos que difícilmente siguen un orden (crono)lógico.

Ante la demanda que surge en el paciente y/o en la familia, recuperar el concepto del “discurso del analista” puede ser una vía para dar contención a la palabra inconfesable de la familia y recuperar la condición de sujeto del enfermo; conviene subrayar que el “discurso del analista” es “el discurso del silencio que prepara el espacio para la evocación de la palabra; que representa el modo como vive su deseo, su pasión, su muerte” (Arriaga, 1999, p. 155).

En el proceso el silencio será una herramienta terapéutica que brindará soporte a la palabra del sujeto. Debido a que, cuando el proceso de la enfermedad es mediatizado dentro de una institución, los profesionales de la salud son influenciados por la misma institución. Acerca de esto Flores (1999) refiere: “Existen condiciones estables de la sociedad –statu quo- y en consecuencia un discurso de poder... a lo que Lacan denominó el sistema del OTRO” (p.65). Es decir, que en la institución existe un sistema el cual regula la práctica de todos los profesionales inmersos en esta (médicos, trabajadores sociales, enfermeros, psicólogos, etc.) y establece estándares de calidad para poder “evaluar” sus funciones. Estas acciones, por parte de la institución, trastocan a estos sujetos insertados (los profesionales) en este sistema, puesto que se generan alteridades en sus funciones y en su forma de vivir en institución (Flores, 1999).

La institución puede convertir al psicólogo en un emisario de sus deseos; porque en el deseo, del psicólogo, de subsistir dentro del sistema institucional, debido a que en este sistema también hay beneficios (de estatus, económicos, etc.), pueden llevarlo a relegar la palabra del sujeto que acompaña y emitiendo “prescripciones terapéuticas” que ofrecen aparentes resultados, empero, poco abonan a la elaboración del duelo. De esta manera queda marginada la subjetividad del sujeto, por la técnica que coloca el saber del lado del especialista (Ramírez, 2007) y pone una etiqueta al paciente como “poco cooperativo” o “tóxico” al persistir los malestares en él.

La demanda de la atención psicológica frecuentemente surge de la familia o la institución. Esta demanda está conectada con las fantasías que se tienen acerca de la intervención psicológica o de la figura del terapeuta, por ejemplo: hay casos en los que el paciente enfermo no se muestra cooperativo con el tratamiento médico, pensando que, durante el acompañamiento, la función del psicólogo será el convencer al paciente que se tome sus medicamentos, puesto que se tiene el miedo que al no cooperar con la prescripción médica la enfermedad avance más rápido concretando la muerte del enfermo y etiquetando su práctica psicológica como ineficaz. Las demandas de la familia y, en ocasiones, del paciente enfermo que inician el proceso de acompañamiento están “ancladas en sus deseos y temores inconscientes, pero no necesariamente explicitada en los inicios de la incipiente relación” (Díaz, 1998, p.79).

La “relación terapéutica” que se genera con los sujetos es un factor fundamental que contribuye al sostén del proceso de acompañamiento; pues, según Greenson y Wexler (1969 citado en Giannakoulas & Fizzarotti Selvaggi, 2009) es: “El vínculo humano no neurótico, racional y razonable que el paciente instaura con el propio analista y que le permite operar en la situación analítica de un modo constructivo” (p.75). Es decir, que esta relación se genera a partir de las partes sanas del paciente y de las partes más funcionales, racionales y razonables.

Por otro lado, se entiende que en esta relación (terapeuta-paciente), ineludiblemente existe un elemento movilizador al que se le ha denominado: transferencia. Que desde la perspectiva freudiana es considerada como el “motor y obstáculo” de la cura (Luterau y Boxaca, 2019).

Se refiere como el motor porque “no podría haber tratamiento de la neurosis si el síntoma no se enlaza al analista” (Luterau y Boxaca, 2019, p. 73). Esto quiere decir que no podría concretarse un camino a la “cura” sin el hecho de depositar en el que acompaña todos aquellos

malestares por medio de la palabra; sin embargo, se vuelve un obstáculo cuando en la transferencia opera desde raíces inconscientes provenientes de una fuente erótica.

En el proceso de acompañamiento se hace referencia a dos figuras que están inmersas en este espacio: el paciente, en este caso con diagnóstico terminal, y el psicólogo. En forma valorativa, se podría considerar que el paciente es el único sujeto “vulnerable” en el dinamismo del proceso, sin embargo, cabe la posibilidad que en el mismo psicólogo acompañante se puedan instalar fenómenos contratransferenciales, imperceptibles para él mismo, que gradualmente terminan trastocando la relación terapéutica que, a posteriori, lleve a la experimentación de malestares. Es decir, que análogamente a lo que el paciente vive como proceso de duelo, el psicólogo no experimenta como tal un proceso como tal de duelo, sino más bien es se convierte en la sede de los malestares internos, producto del fenómeno contratransferencial que se desprende del vínculo entre psicólogo y su respectivo paciente. De esta forma, se da lugar a que existan en el psicólogo puntos ciegos, afecciones en su salud física y/o emocional, incluso, iatrogenias terapéuticas que pueden deformar los procesos de duelo de los pacientes.

Lo antes mencionado es consecuencia de que el “profesional” de la salud no está exento de padecer estos malestares, aun siendo poseedor del conocimiento, puesto que le acompaña su propia subjetividad y constructos que permean su actuar (Fortes, 2009).

Los malestares que se generan en el psicólogo durante su práctica, pueden insinuar cuestiones no elaboradas que, al no llevar su propio proceso terapéutico, se terminan exacerbando e invadiendo el espacio terapéutico que le pertenece al paciente. Por esto mismo, al hablar de psicólogos que desarrollan su práctica clínica directamente con pacientes con diagnóstico terminal Muñoz, Ramos & Santiago (2019) dicen:

... ineludiblemente la muerte del otro trastoca sus propias vivencias, a tal grado de generarse cuestionamientos de índole personal, mismos que están interconectados con la posibilidad de su propia muerte, esto sugiere, una identificación con algunos fragmentos de la experiencia del sujeto, específicamente con la noción de muerte ... (p.1872).

La complicación se da cuando el psicólogo al no percatarse de dichas movilizaciones, se concreta la racionalización con la finalidad de “justificar actitudes, ideas, afectos y tendencias, que de otra manera resultarían conflictivos y por lo tanto inaceptables, a la vez que difíciles de renunciar y por lo mismo, causa de conflicto” (Hinojosa, 1968, p.78), argumentando su actuar con la teoría que lo respalda, en contra posición a esto Fonnegra de Jaramillo (2006) menciona que: “repetir una teoría no significa que ésta se haya asimilado a una estructura de conocimiento” (p.63), es decir, que el discurso teórico dictado por el psicólogo no afianza su práctica clínica, sino que puede ser la excusa que oculta el malestar que le subyace.

4.2 LA PRÁCTICA CLÍNICA CON PACIENTES TERMINALES

En el proceso de morir, todos los involucrados tendrán que pasar por el camino del Duelo: el paciente, próximo a morir, y sus futuros deudos, quienes sufrirán la pérdida irreparable. Incluso, el hecho de “aceptar” la pérdida del familiar se puede convertir en un esfuerzo de por vida, puesto que “para muchos [...] el duelo no termina, incluso después de que han aprendido a vivir con la pérdida” (García, 2012, p.21).

Sin embargo, en ocasiones, hay casos en los que el motivo de consulta, en un principio, tiene que ver con el duelo que el sujeto está cursando, empero, existen otros malestares que subyacen al proceso de duelo haciendo necesario el acompañamiento por parte del psicólogo, es decir, que el duelo tiene una operatividad de entrada al proceso (Lutereau & Boxaca, 2019). La intervención que surja con el paciente terminal o aquel que sufra la pérdida del ser amado, adquirirá un color distinto cuando se manifiestan otros factores que se acuerpan en el proceso terapéutico, tales como: el tiempo de vida del paciente, la dinámica familiar, el diagnóstico de la enfermedad, el momento y la forma en que se comunica dicho diagnóstico, la funcionalidad del cuerpo del paciente, etc.

Pecznik (2012) sugiere que existen tres momentos esenciales en el curso de la enfermedad, donde el psicólogo se agrega al recorrido del proceso de morir del sujeto: el diagnóstico, la primera recurrencia y cada signo notable del avance de la enfermedad. Además, existe un punto denominado “claudicación familiar” en donde “el grupo de allegados pierde la capacidad de cuidar y acompañar al enfermo” (Pecznik, 2012, p.83).

Esto hace fundamental la preparación del escenario en donde el sujeto tendrá la libertad de poder depositar los sufrimientos y secretos que emerjan de sus vivencias. Como alude Giannakoulas & Fizzarotti Selvaggi (2009) al decir:

Si el analista, como un agricultor dotado de paciencia, que cultiva la tierra en espera de los brotes de la primavera, sabe ofrecer al paciente un ambiente acogedor, seguramente creará esa condición particular de intimidad que ayudará al paciente a sostenerse a sí mismo (p. 48).

La intención es generar un espacio-tiempo adecuado y amoral, donde no haya interrupciones y exista una escucha que no juzga al sujeto por el contenido de su discurso, sino que ofrece una contención a su deseo.

Para esto el psicólogo tendría que tener cierta flexibilidad en la técnica, puesto que habrá momentos en estos procesos, por ejemplo, en los que se tendrán que hacer adaptaciones como visitar la casa del paciente, porque el avance de la enfermedad genera discapacidades que impiden su asistencia al consultorio privado o al de la institución. Esto con el fin de llevar a cabo el acompañamiento, teniendo la cautela de no perder los elementos teóricos que respaldan la práctica del psicólogo. De esto habla la práctica psicoanalítica cuando Hernández (2018b) refiere:

Es fundamental enfatizar cuanto sea necesario que en el psicoanálisis trabajamos en la lógica del “caso por caso”, cierto, pero no dejamos pasar que la teoría no asegura nada o confirma una verdad ante un caso. La práctica clínica desarticula la teoría para ponerla en juego y desde ahí construir otra vez una “lógica de caso” (p. 234).

Cada caso tendrá su propio ritmo, escenario, actores; además, de sus propias adaptaciones en los procesos donde la muerte es la puerta de entrada. En diversas ocasiones, estas adaptaciones pueden generar confrontaciones entre la moral institucional, que está a favor de la funcionalidad, y la ética de los psicólogos que no están inmersos en el discurso del amo o en el sistema del Otro, y se mueve en pro de la dignidad del paciente. Es ahí que se vuelve necesario cuestionar la moral de las instituciones porque no siempre está mediatizado por los principios bioéticos y terminan segregando al paciente, dejando de escuchar esa condición subjetiva de la cual él es poseedor.

Y, sobre todo, es fundamental que, en el psicólogo, como sucede en el analista, esté “detrás de un diván no por unos cuantos billetes o monedas, sino porque también quiere y desea estar” (Hernández, 2018b, p. 233).

CAPÍTULO 5. LOS AVATARES EN LA PRÁCTICA

PSICOLÓGICA FRENTE A PACIENTES

TERMINALES

En el presente capítulo se expone el análisis de la información recopilada a través de entrevistas a profundidad dirigidas a cinco psicólogos que han intervenido a pacientes con diagnósticos terminales dentro de instituciones o por consulta privada. La información obtenida fue sometida a un proceso de análisis, dando como resultados las siguientes metacategorías: La antesala de la práctica del psicólogo; el psicólogo frente a la muerte; la práctica del psicólogo frente a pacientes terminales; deformación de la práctica psicológica.

Ante lo dicho, se hace necesario presentar a los sujetos entrevistados:

Psicóloga Victoria:

Ha laborado por 12 años en Hospital de Especialidades Pediátricas en el programa de cuidados paliativos; en su formación dispone de un diplomado como coordinador de donación hospitalaria con fines de trasplantes, además del diplomado en terapia psicocorporal; también posee una maestría en psicopedagogía y una maestría en audición y lenguaje; por último, tiene un entrenamiento en constelaciones familiares sistémicas.

Psicólogo Damián:

Es psicólogo general que cuenta con un diplomado en tanatología. Continúo estudiando una especialidad en tanatología y una especialidad en psicoterapia humanista; de momento, es maestrante en psicoterapia humanista Gestalt y otra maestría en psicofarmacología. Ha trabajado en algunos contextos hospitalarios cuestiones relacionadas con tanatología y en consulta privada.

Psicóloga Ana:

Psicóloga general con experiencia de 23 años trabajando educación especial y hace 5 años comisionada al Hospital Pediátrico en el programa “Sigamos aprendiendo”; finalmente, cursó un diplomado en tanatología.

Psicóloga Mayte:

Licenciada en psicología, que posee maestría en psicoterapia familiar y de pareja, diplomado en medicina paliativa y tanatología. Ha trabajado en consulta privada casos que requieren atención psicológica.

Psicóloga Fabiola:

Es psicóloga general, egresada de la UNICACH; cuenta con una maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia; además, cursó un doctorado en Educación y un diplomado en Tanatología. Tiene una experiencia de en el Trabajo con niños de uno a cinco años que poseen Necesidades Educativas Especiales en el Centro de Atención Múltiple.

5.1 LA ANTESALA DE LA PRÁCTICA DEL PSICÓLOGO

En este apartado, se analizan los orígenes del deseo que brotan en los psicólogos para formarse en el discurso tanatológico para luego llevar a cabo su práctica psicológica frente a pacientes mediatizados por una enfermedad terminal de manera privada o institucional.

Cuando este profesional conoce las complejidades que vienen con la enfermedad y sabe que el tiempo de vida de los sujetos que ha de atender no es lo prolongado, pareciera que estos elementos se tornan como factores importantes para el psicólogo derivándolo a considerar la decisión de atender estos a estos pacientes; dicha decisión puede vislumbrarse en la elección de su formación académica, así como en la elección del espacio laboral. En esta lógica se presentan las implicaciones de los elementos subjetivos del psicólogo que generan la resistencia a atender a estos sujetos.

5.1.1 ACERCAMIENTOS DEL PSICÓLOGO AL DISCURSO TANATOLÓGICO

Regularmente el psicólogo está formado para atender los malestares más comunes que están diseminados en la sociedad contemporánea. La práctica de su formación tiene una finalidad de demostrar un efecto perceptible e inmediato en los pacientes que atiende; sin embargo, al tratarse de la muerte o temas afines, pareciera que él mismo lo ha relegado de su formación, tal cual se logra percibir en el discurso de la Psicóloga Victoria:

—Yo soy psicóloga egresado de UNICACH tengo: un diplomado como coordinador de donación hospitalaria con fines de trasplantes; tengo un diplomado en terapia

psicocorporal; tengo una maestría en psicopedagogía; una maestría en audición y lenguaje; de lo que me acuerdo, un entrenamiento en constelaciones familiares sistémicos (Psicóloga Victoria, Entrevista 02 del 19 de marzo de 2018).

En el discurso de la Psicóloga Victoria, se hace evidente que existen dos ejes en su formación: la salud y la educación. Ambos escenarios, son propicios tanto para la demostración de la efectividad de su práctica clínica y educativa, así como la elección de su formación académica; pues tanto en la educación como en la salud existe un modelo del cuerpo que es funcional de acuerdo a las leyes naturales (Hernández, 2018a), haciendo que la práctica del psicólogo (terapéutica como psicopedagógica) se enfoque a la rehabilitación de dicho cuerpo disfuncional. Pero al tratarse de una enfermedad que acerca al paciente a su muerte y esta se percibe medicamente hablado como incurable, la ortopedia del cuerpo es una imposibilidad y hace que se perciba ambigua la finalidad de la práctica del psicólogo.

Por otro lado, cuando en el contexto donde labora el psicólogo los sujetos que son atendidos están atravesados por un diagnóstico de terminalidad, surge la necesidad de anticiparse a dicho encuentro, pese a que, en un principio, no se desarrolle una práctica psicológica con estos pacientes, como da cuenta la Psicóloga Ana en su discurso:

—Yo salí como psicóloga general. Llevo como 23 años trabajando en lo que es educación especial y apenas 5 años que fui comisionada aquí en el Hospital Pediátrico. Al principio, realmente no tenía ningún trato con pacientes de enfermedades, entonces, precisamente, me nació la inquietud de estudiar, bueno, de llevar un diplomado en cuestión de tanatología. Me he estado preparando en eso y he atendido a pacientes, que más que pacientes como alumnos, porque estamos inmersos en el programa “Sigamos

aprendiendo”. Pero sí he tenido contacto con muchos alumnos que ya no han estado acá, por eso me salió la necesidad de estudiar el diplomado en tanatología porque es difícil tratar con pacientes y con padres de familia de pacientes que están enfermos (Psicóloga Ana, Entrevista 05 del 13 de agosto de 2018).

Aun cuando la experiencia de la Psicóloga Ana es amplia (en tiempo), en cuanto a la educación especial se refiere, surge en ella la inquietud de adiestrarse en el discurso tanatológico, teniendo en cuenta que su práctica no es solo clínica sino también educativa. Además, pareciera que la condición de estos sujetos (la cual es de terminalidad) los ubica en otro tipo de intervención del cual desconoce cómo proceder, haciendo que la psicóloga se perciba a sí misma como rebasada en su quehacer clínico/educativo ante el paciente y la familia.

En la sociedad contemporánea, donde los fenómenos que le acontecen al hombre de hoy son explicados por un bagaje conceptual, dan lugar a una serie de especializaciones técnicas que tratan de responder a las demandas que imperan en dicha sociedad. A esto lo Tanatológico, como una de estas “especializaciones”, son percibidas por el psicólogo como un complemento en su formación e intervención a pacientes que tienen malestares desencadenados por la noción de enfermedad y muerte tal como insinúa la Psicóloga Laura:

—De alguna manera, la Tanatología viene siendo como un complemento para el acompañamiento efectivo de los enfermos terminales, en otras palabras, necesitas conocer de Tanatología para complementar tu formación como psicólogo. ¿Por qué? Porque vas combinando la parte que aprendes de Tanatología y lo que aprendes en el área de Psicología para poder ayudar al acompañamiento a estas personas (Psicóloga Laura, entrevista 03 del 15 de abril del 2018).

Se percibe una lógica de logro en el discurso de la Psicóloga Laura, quién relaciona la adquisición del conocimiento del discurso tanatológico con un acompañamiento “efectivo” a los pacientes terminales, pues la sociedad, la institución, el paciente o la familia al “no obtenerse los resultados esperados, se califica de ineficiente al profesional en cuestión” (Arriaga, 1999, p.152), siendo uno de los temores que asechan al psicólogo encausándolo a formarse con tal de mitigar su ineficiencia.

Es por eso que el reconocimiento que se le confiere al psicólogo por parte de los hospitales, escuelas, empresas, etc., como un “experto del alma”, convierten dicho reconocimiento en una (carga)demanda laboral haciendo que se espere de él: el conocimiento, la explicación y la solución “mágica” de todo lo que concierne a los malestares de dicha alma (Arriaga, 1999). Este planteamiento es vislumbrado en el siguiente decir:

—¿Cuál es la formación que le capacita para dar el acompañamiento a un paciente terminal?

—Bueno, primero que nada, en mi caso el poder cursar con una carrera de desarrollo humano es importante. Ya sea psicología, ya sea desarrollo humano... Algo que tenga que ver con medicina y psiquiatría, por ejemplo. Parte de esto nos permite poder adentrarnos en lo que está sucediendo con la persona, por un lado. Por otro lado, el poder trabajar lo que se llama tanatología, que también es como un área del desarrollo humano que permite adentrarnos también en el proceso del bien morir y del acompañamiento de los familiares y de la persona que cursa con una enfermedad terminal o con un momento terminal de su vida (Psicóloga Magnolia, entrevista 06 del 24 de agosto del 2018).

Existe una correlación entre la psicología y tanatología en los acompañamientos de los sujetos moribundos. Dicha conjunción de discursos pareciese que da a la Psicóloga la facultad de poder profundizar y “comprender” al ser humano que se acompaña, puesto que la Tanatología remite al conocimiento del proceso de enfermedad hasta el deceso y la psicología, atiende a la multiplicidad de conflictos subyacentes que se puedan despertar en el proceso. No obstante, en este recorrido hacia la muerte la cautela será una acompañante para el psicólogo, puesto que proferir una serie de conocimientos relacionados con las dos áreas mencionadas no asegura realmente la comprensión del sujeto o del evento particular que éste vive. Esto último se debe a que el ser humano se vuelve un “ser enigmático que no permite ser aprendido por ningún conocimiento, puesto que siempre, tarde o temprano, muestra su imposibilidad de contenerlo” (Flores, 1999, p. 83).

Cabe resaltar que el interés por la formación en el discurso que versa sobre la muerte, también parece conectarse con los miedos del propio psicólogo, tanto por la posible deficiencia de su práctica como el sobre-involucramiento con pacientes terminales. Al respecto la Psicóloga Fabiola dice:

—¿Y qué le motivó a prepararse y trabajar con este tipo de pacientes? Específicamente los terminales.

—Bueno, ¿qué me motivó? Me motivó la parte que... si bien es cierto los psicólogos estamos capacitados para atender todo tipo de situación, pero cuando hablamos del acompañamiento hacia una persona para morir no es tan fácil, entonces tienes que prepararte para que puedas tú abordar eso. Que no tengas esa transferencia y esa contratransferencia de irte con el paciente, de engancharte, que sepas hasta dónde puedes

tú ir acompañando sin que eso te afecte y hablar de la muerte no es fácil, más cuando estás viviéndolo de cerca con las personas, y viendo que se están muriendo. Pues esa parte, creo que es bien importante aprenderlo, retomarlo, y, pues, capacitarte para que aprendas a manejarlo cuando estás haciéndolo (Psicóloga Fabiola, entrevista 04 del 12 de agosto de 2018).

La formación académica genera cierto “bienestar” a la consciencia de la Psicóloga Fabiola, pues sigue la idea de que entre más conocimientos ella posea sobre las implicaciones de los procesos de muerte y las formas de intervención a paciente terminales, tendrá un mayor control sobre lo que sucede en su práctica, así como de las movilizaciones subjetivas que surjan en sí misma. Sin embargo, se ignora el hecho de que dichas movilizaciones contratransferenciales remiten a elementos inconscientes de los cuales el psicólogo no le es posible controlar o percatarse completamente, emergiendo así puntos ciegos en la práctica.

5.1.2 EL DESEO DEL PSICÓLOGO EN EL PROCESO CON UN PACIENTE TERMINAL

Para que exista un espacio de intervención terapéutico o tanatológico se requiere que haya una demanda por parte del paciente, pero este espacio no solo se sostiene por dicha demanda, sino que también requiere del psicólogo un elemento sustancial para que dicho vínculo se consolide: el deseo del psicólogo. Un deseo que convoca al mismo psicólogo a ser parte del espacio del acompañamiento, un deseo de querer estar para escuchar lo indecible que emana del sujeto como sus cuidadores con respecto a la muerte, además, reconocer (y soportar) desde la mirada las complejidades de la enfermedad.

Es claro que este deseo de ocupar una función de contención frente a un sujeto moribundo, puede tener distintos orígenes. Algunos de estos influenciados por el deseo de imperante de logro, como consecuencia de la influencia de positivista que trae consigo la psicología convencional; mismo que persigue el ideal de mostrar la funcionalidad, además, afirmar el narcisismo del psicólogo.

Aunado a esto, en la búsqueda de subsistir en la sociedad, el psicólogo puede encontrar en la institución un sistema propicio para satisfacer dichas necesidades subjetivas, emanadas del deseo de logro y reconocimiento de su quehacer. Además, el deseo del psicólogo puede amalgamarse con la moral de dicha institución en la que labora, generando así una complicidad donde ambos se apoyan; convirtiendo al psicólogo en una extensión de la moral institucional que vela por el supuesto “bienestar del paciente enfermo”.

Lo anterior planteado es aludido por la Psicóloga Victoria:

—Hace aproximadamente 2 años inicié aquí en el hospital el proyecto del servicio de cuidados paliativos [...] porque el hospital tiene aproximadamente el 50% de pacientes oncológicos y algunos de estos pacientes oncológicos no terminan o no tienen el mismo éxito en tratamiento dado que la enfermedad puede llegar a ser muy agresiva para ellos, [...] ante la necesidad que existe por la cantidad de pacientes, la oportunidad que tiene el hospital de crear este equipo pues yo decidí participar en esto, porque es como la otra cara de lo que he estado haciendo, he estado trabajando con el paciente crónico al que tienes que trabajarle la perseverancia o más que la perseverancia el que tengan esta fuerza de voluntad tan grande que les permita seguir bajo tratamiento pase lo que pase y, esto es lo otro, cuando el paciente ha dado todo, su familiar ha dado todo, pero pese a todo

el esfuerzo que haya hecho tanto el paciente como el médico no existe la opción para él y tiene que asentir ante un destino que lo está tocando (Psicóloga Victoria, Entrevista 02 del 19 de marzo de 2018).

Pareciera que el interés de la psicóloga por atender a pacientes con diagnósticos terminales en la institución, en este caso hospitalaria, va más allá de la oportunidad laboral que esta misma le ofrece, pues existe una moral que mediatiza a la Psicóloga para “trabajarle” al paciente la perseverancia de seguir el tratamiento y, así, al generarse la adhesión a dicho tratamiento, esta pueda sentir cierta satisfacción por su práctica y, al mismo tiempo, genera el bienestar consigo misma.

Cabe mencionar que la institución y sus distintos programas que coexisten dentro de esta, empatizan la protección a la salud física y mental de los sujetos, no viendo como viable el permitir a cada paciente enfermo decidir plenamente acerca de su proceso de morir, tomando o no el tratamiento. Como consecuencia, la institución envía a sus agentes normalizadores, en este caso el psicólogo que reencause, hasta donde se pueda, al buen camino de la adhesión del tratamiento y la perseverancia.

Por otra parte, lo que convoca al psicólogo a dedicarse a acompañar a estos sujetos que están atravesados por una enfermedad terminal, en ciertos espacios institucionales, en ocasiones se vincula con la historia de vida del mismo.

Como se encuentra en el siguiente fragmento discursivo de la Psicóloga Magnolia:

— ¿Qué la motivó a trabajar con este tipo de pacientes?

—Pues inicialmente el hecho de que falleció mi abuelita y en esos tiempos se dio la apertura de uno de los diplomados en tanatología en... 2000... Creo que fue 2002, 2003 se abrió en la escuela de trabajo social la primera especialidad-diplomado en medicina paliativa y acompañamiento psicológico. Entonces, estaba cursando por este nuevo momento, porque no había tenido personas cercanas que habían fallecido, y bueno, me di a la tarea de adentrarme a estudiar de cómo acompañar a las personas en ese proceso. Entonces, a partir de ahí nació ese deseo, y después de manera cómo simultánea tuve la oportunidad de acompañar a varias personas con sus familiares enfermos... (Psicólogo Magnolia, Entrevista 06 del 24 de agosto de 2018).

Se logra apreciar en el fragmento discursivo que el fallecimiento de la abuela de la Psicóloga es un evento “nuevo” del cual parte su interés en llevar su práctica frente a paciente terminales. Es ahí donde la historicidad, las necesidades y los vínculos del sujeto denominado psicólogo son factores causales que llevan al mismo a ocupar espacios en la sociedad para el desarrollo de su práctica. En otras palabras, el psicólogo que ocupa un lugar ante los sujetos moribundos es porque lo convoca algo de sí, que bien se puede relacionar con sus propias pérdidas o las formas en que las vivió y, posiblemente, se intenta responder a la “necesidad de reparación de objetos internos o externos significativos, o de partes de la propia personalidad que se perciben como dañados” (Díaz, 1998, p. 39).

5.1.3 RESISTENCIAS DEL PSICÓLOGO FRENTE A PACIENTES TERMINALES

Se parte del supuesto que el psicólogo está destinado a atender a todo paciente que llega a él sin hacer distinción, no obstante, en el siguiente fragmento discursivo el Psicólogo Damián sugiere

que en el psicólogo se generan resistencias para atender a paciente que son categorizados como pacientes terminales:

—Te voy a tratar de dar un ejemplo, no es precisamente con ese tipo de pacientes, pero en general. Dentro de la psicología muy poco de los psicólogos trabajamos con adultos mayores por diferentes cuestiones: la primera es porque al ver a un adulto mayor uno se enfrenta con el futuro de uno mismo, y eso a veces da miedo; segunda cuestión que va más relacionada al ejemplo que te quería poner es que hay muchos psicólogos o muchas personas en general que dicen: “Bueno éste ya va de salida, ya qué le hago, mi trabajo, ahora sí, va a ser por un momento en el poco o mucho tiempo, relativamente hablando, de su vida. No va a “tener un impacto muy largo” (Psicólogo Damián, entrevista 01 del 15 de marzo de 2018).

Así como lo plantea el Psicólogo Damián, existen resistencias en atender a pacientes adultos mayores como a pacientes terminales, ya que en ambos el final de la vida se ve próximo y puede despertar, en el psicólogo, fenómenos contratransferenciales que evoca la posible finitud del mismo profesional. Además, el tiempo o el número de sesiones parece ser un factor determinante para que el psicólogo pueda ver el “impacto muy largo” de su práctica. De esta forma el tiempo incierto para concretarse la muerte se vuelve el capataz (Schopenhauer, 1993) que permite o no la práctica del psicólogo.

Cuando la prolongación de la vida del paciente es un hecho imposible, sucede en el psicólogo el mismo fenómeno que en el médico cuando este último ya no ve la mejoría del cuerpo de su paciente como una posibilidad, afirmando que “ya no se puede hacer nada” y cerrando toda posibilidad de escucha al sujeto:

—Entonces, muchos no trabajan ahí. Esa es una situación similar con los pacientes terminales, pues uno dice: “Éste ya se va a morir ¿para qué brindarle una atención?” y es ahí donde entra en juego todo esto de la dignidad humana, porque hay muchos que dicen: “Bueno pues, ya va de salida ¿Para qué le voy a dar el mejor, el mayor de mis esfuerzos? ¿Para qué le voy a dar mi mayor atención? Si éste ya se va a morir” (Psicólogo Damián, entrevista 01 del 15 de marzo de 2018).

La postura que adopta el psicólogo y que se ve en el fragmento discursivo anterior, sigue los pasos del quehacer médico; pues al verse limitado por la enfermedad, este solo “ve” el cuerpo anatómico y fisiológico, “el cuerpo real”, y deja de escuchar al sujeto afirmando que “ya no se puede hacer nada”. A este acto le acompaña el despojo de la posibilidad de legitimar el discurso del sujeto enfermo y, sobre todo, deja de “escuchar” su cuerpo que atravesado por la enfermedad da cuenta de “una construcción simbólica y no una realidad en sí misma” (Rosales, 2019, p.52). Se pasa por alto ese espacio simbólico no tangible que sucede dentro del sujeto des-deseado por el médico. Se pierde la posibilidad de ser la contención al sufrimiento.

5.2 EL PSICÓLOGO, TESTIGO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE DEL OTRO

Esta metacategoría se compone de las implicaciones que están detrás del concepto de muerte del psicólogo, además, de las movilizaciones que surgen en él cuando la enfermedad de su

paciente avanza; y por último se reconoce lo que desencadena el hecho de saber que la muerte del sujeto moribundo es un hecho inminente y próximo.

5.2.1 LA CONCEPCIÓN DEL PSICÓLOGO ACERCA DE LA MUERTE

La muerte, es un hecho natural o figura abstracta relegada de la consciencia de los seres humanos, pero cuando esta no está cerca del profesional se torna fácil vislumbrarla y generar una reflexión inmediata de esta mediante el conocimiento teórico que los discursos científicistas ofrecen. Minimizando a la muerte a un concepto manejable.

De alguna forma, el que acompaña pacientes terminales busca volverse experto de la muerte, pues indaga acerca de qué es y sus características, como refiere la Psicóloga Victoria cuando se le presenta el cuestionamiento de su concepción acerca de la muerte:

—¿Cuál es el concepto que usted tiene de la muerte?

—El concepto de muerte es cese de funciones vitales, desde el punto de vista biológico es eso. Ya no hay funciones de vida; ya no late el corazón; ya no hay descargas eléctricas en el cerebro (Psicóloga Victoria, Entrevista 01 del 19 de marzo de 2018).

Ante la pregunta acerca de su propia concepción de la muerte, la psicóloga omite hacer una afirmación íntima y remite a la terminología médica la cual describe a la perfección los eventos biológicos que se suscitan en el cuerpo, no obstante, ocultan la concepción subjetiva. Esto es porque frente a la muerte, que es referencia de incertidumbre, desencadenante de temores y, al mismo tiempo, una herida narcisista, el conocimiento objetivo de la misma otorga seguridad para afrontar cuestionamientos como estos ya que este tipo de conocimientos nos aluden certezas.

Por otro lado, la muerte puede ser concebida como el acto de devolución de algo que le fue prestado, la vida. Como lo refiere el Psicólogo Damián:

—Mi visión de la muerte ahora, es como diría Schopenhauer: “la vida parte de la naturaleza humana, la naturaleza nos regala un poco de vida, pero tarde o temprano la misma naturaleza nos la solicita de vuelta”. De la misma forma en que te la dio, se la tienes que regresar nuevamente y es un proceso constante de ir y venir. Sin embargo, más allá de la muerte, más allá de la vida lo realmente significativo y lo realmente importante, es esa huella, esa marca que vamos dejando en el breve o largo periodo en el cual tenemos vida. Básicamente lo que hacemos con ella, no tanto lo que hacemos con ella en el sentido de... muchos creen que el sentido de la vida es hacer algo grande, algo que dejen huella; hay quienes lo consiguen, es una visión algo respetable, pero la realidad es que, más allá de eso, lo realmente importante es esa huella que dejamos en las personas que están más cerca de nosotros. (Psicólogo Damián, Entrevista 01 del 15 de marzo de 2018).

En este atentado a la vida del ser humano, se genera la renuencia o resistencia al hecho de dejar de existir; esto es llevado a cabo mediante a lo que el sujeto puede considerar como dejar una “huella” significativa en el otro. Además, algo que diferencia al animal del hombre es que, incluso, la vida se torna una problemática cuando se reflexiona acerca del sentido de la misma; este sentido que desde la concepción subjetiva obedece a un deber “hacer” con esa vitalidad concedida como se percibe en el discurso anterior del Psicólogo Damián. Por eso, bien decía Frankl (2018): “los deberes de un hombre sólo pueden ser interpretados partiendo de un “sentido”, del sentido concreto de su vida” (p.70).

Aunado a esto, son en los procesos de muerte en donde el concepto de trascendencia hace aparición. El cual es considerada por algunos como a un escape al hecho de dejar de existir. Traspasando la existencia a otra dimensión (simbólica, espiritual, religiosa, etc.).

Esto es ilustrado en el siguiente dicho manifestado por la Psicóloga Fabiola:

—Para usted, ¿cuál sería su concepción acerca de la muerte?

—Para mí la muerte es trascender. Cambiar de lugar, de irte de un lugar a otro, dejar de existir aquí en el mundo para existir en otro... Yo hablo de trascender en dejar huella. Todos dejamos huella, buena o mala dejamos huella, “¿te acuerdas del borrachito?” Mala (huella). Porque al pobre le recuerdan como “bolo”, pero si hablan de otra persona, “¡ah, sí! Tan buena que era, excelente persona”, trascendemos de esa manera. Y qué bueno, depende de tus creencias también tiene que ver mucho. El trascender, el dejar esta vida para ir a la otra (Psicóloga Fabiola, entrevista 04 del 12 de agosto de 2018).

De alguna manera, trascender convoca a las creencias y los vínculos del psicólogo con los demás en su condición de sujeto. Estas creencias necesarias, que funcionan como un “invento compensatorio mediante el cual la gente evita la cara del dolor” (García, 2012, p. 182). Ahora bien, la Psicóloga Fabiola al referirse a dejar huella hace alusión al recuerdo de las conductas, desde una posición moral (bueno o malo), reconocidas por ese otro con el que se vincula; de esta forma, la psicóloga visualiza su futuro dimensionando su presente y lo que está haciendo para poder ser recordada, para trascender cuando la muerte llegue a ella.

5.2.2 MOVILIZACIÓN EN EL PSICÓLOGO FRENTE AL AVANCE DE LA ENFERMEDAD

El cuerpo del paciente es la sede visible, de todo el conflicto desencadenado por la enfermedad. La decadencia del mismo cuerpo es irreversible, y desde la mirada resulta ser tanto traumática como confrontadora, pues evoca cuestionamientos vinculados a cómo llegará la muerte propia.

—En el avance del acompañamiento ¿qué le genera ver los estragos de la enfermedad en el paciente?

—¡Ay no, es horrible! Porque te ves tú, a ti mismo, como tu misma muerte. ¿Qué te tocará? A mí me ha tocado pensar de pronto: “¿Cómo moriré?”. Cuando llego con algún paciente terminal esa es una pregunta que cuando salgo del primer encuentro es: “y yo ¿cómo moriré?” —piensa—. Entonces, te sensibiliza el darte cuenta que tú también te vas a morir (Psicóloga Magnolia, entrevista 06 del 24 de agosto de 2018).

La impresión que genera el hecho de mirar en el cuerpo que va en decadencia en la consulta, despierta en el psicólogo el fenómeno de identificación que nombra como “sensibilización” de la muerte propia. Pues el primer encuentro con estos pacientes y el desconocimiento del saber cómo llegará su propia muerte resulta ser devastador para el psicólogo; como consecuencia se cambia el foco de atención que, inicialmente, es dirigida al paciente y sus malestares a las movilizaciones que se generan en el psicólogo por el encuentro del avance de la enfermedad.

A lo largo de enfermedad, el psicólogo siendo testigo de su evolución y siendo oídos para los diferentes conflictos que se van gestando en el paciente, puede dejarse llevar por la actitud que el mismo sujeto opta ante su enfermedad, aunque el avance de dicha enfermedad sea

evidente. Y finalmente, concretándose el fallecimiento (aparentemente) imprevisto genere un desconcierto en el profesional:

—...vimos al señor, así como tú y yo platicando, con su voz fuerte, de esos señores como “rancherones”. —“¡Y fíjese que mi hijo me trató con la punta del zapato! Porque piensan que no me voy a morir” —“¿Usted qué piensa?” —“Yo sé que me voy a morir algún día -dice-, pero mientras tanto le estoy luchando”. O sea, gente que escuchas así no piensas que se te va a morir al segundo o tercer día. Y nos enseñó su cáncer, se quitó su ropa. —“¿Quieren verlo, quieren verlo, quieren verlo?! ¡Véanlo, véanlo!” [...] ¿Qué me impactó? El tener a una persona que se está muriendo tan cerca de mí con tanta energía para vivir. Dicen “huele la muerte”, porque estás oliendo como se descomponen cerca de ti. Como cuando un perrito, válgase la expresión tan fea, huele mal. Ese olor que despiden, lo tenía cerca de mí de ese señor que se estaba destruyendo por dentro. Escuchaba su voz fuerte, y no pasa nada. Y regresó, ya con su parche, sin dolor. Regresó para que platicáramos con su esposa y con sus hijos, y pudieran ponerse en paz. Entonces, ¿qué pasó ahí? Se despidió de su familia. Tuvo una muerte digna, en el sentido de estar con su familia y con él mismo, y se pudo despedir de todos para morir. Es fuerte, porque no esperas que una persona tan fuerte, como ese señor, al otro día ya no esté, y haya muerto. Eso a mí sí me impactó, me impactó mucho, ¿por qué? Porque las personas que llegan, llegan en camas, en silla de ruedas o no pueden caminar ya bien, y este señor llegó muy bien. Entonces ahí te das cuenta de que cuando ya te tocó, te tocó. Pero entonces te diste la oportunidad de poder tenerte en paz y de resolver todas tus situaciones con tu familia para poder partir. Y eso pienso que sucede con ese señor (Psicóloga Fabiola, entrevista 04 del 12 de agosto de 2018).

Es aquí donde los sentidos toman un lugar predominante en la contemplación del caso y de la enfermedad, sin embargo, la actitud vivaz del paciente despierta la ilusión en la Psicóloga de que este se podría sobreponer ante la enfermedad (por lo menos un tiempo más) aunque el agravio en el cuerpo sea tan evidente, incluso, por medio del olfato del profesional. Lo imprevisto de la muerte, puede también vincularse con la negación de la misma, con la esperanza del psicólogo producto de la actitud del paciente y hace que, cuando se da el deceso, se realce lo que sumamente confrontador frente a la enfermedad termina, la muerte.

5.2.3 EL PSICÓLOGO FRENTE A LA MUERTE REAL

Desde las universidades, los salones de clases, los maestros y los textos que se revisan en la carrera de psicología, dictan que el psicólogo formado y analizado no debería generar un vínculo más allá de la relación paciente-terapeuta y mucho menos debería verse afectado ante los encuentros que se dan con el paciente. Sin embargo, al tratarse de una enfermedad terminal, pareciera que esta condición genera un efecto tanto en el paciente a tratar como en la figura del psicólogo que está en la posición de contención. De esto da cuenta la Psicóloga Magnolia en su discurso:

— Hay un momento en el que... Bueno, a mí me pasó. Que sientes que pudieras estar en ese caso, cuando escuchas el comentario del mismo paciente... Cuando yo empecé una parte de mí, se dio cuenta que uno es finito, que uno termina y que de verdad te encuentras pensando: “¿y qué sigue? ¿de verdad sigue lo que dicen?” (Psicóloga Magnolia, Entrevista 06 del 24 de agosto de 2018).

Desde el dicho de la Psicóloga Magnolia, la muerte del otro termina trastocando sus vivencias, generando en sí misma planteamientos de un temor personal que dan cuenta de la

concepción de su propia muerte. Lo cual sugiere alguna identificación con parte de la historia de vida del otro, cuando estas están relacionadas con la muerte. Aunado a esto, surgen cuestionamientos personales desde las creencias del mismo psicólogo al preguntarse acerca de lo que sucede después de la muerte.

5.3 LA PRÁCTICA DEL PSICÓLOGO FRENTE A PACIENTES TERMINALES

En esta metacategoría, se grafican las concepciones de la función del psicólogo en los procesos de enfermedad; pues la figura de este profesional se vuelve una posibilidad de contención a los sujetos y las familias que les toca experimentar dicho evento.

Además, durante el avance de su práctica, éste percibe elementos que pueden complicar el hecho de atender a un sujeto moribundo evocando la significación de su propia muerte y las historias de vida que son “revividas” en las experiencias del paciente.

Por último, se plasman las vivencias que estos profesionales han tenido frente a pacientes terminales pediátricos, experiencia que se torna compleja y confrontadora, debido que la figura que tienen enfrente es un niño y su familia afrontando la tragedia de morir.

5.3.1 FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES TERMINALES

Desde el imaginario social y los discursos académicos, al psicólogo le son asignadas funciones estructuradas las cuales responden a diversas demandas, pero estas mismas pueden ser tomadas y apropiadas por dichos profesionales generando así una práctica directiva y rígida frente a los procesos de muerte.

Esta categoría es respaldada por dos psicólogos que aportan, desde sus discursos, lo que perciben como función del psicólogo en los procesos de muerte.

La Psicóloga Magnolia manifiesta en su dicho:

—Pues, primero que nada, los psicólogos somos esos actores diagnosticadores de la realidad social, emocional de los pacientes. Somos los que vamos a derivar, de cierta manera, la necesidad que tienen tanto el doliente como el enfermo para poder llevar a cabo un proceso de cierre de su duelo o cierre de su proceso de muerte. En ese sentido ahí, nosotros podemos ayudar y hacer ver si este paciente requiere algo más que sólo del acompañamiento tanatológico para poder lograr el fin que se busca (Psicólogo Magnolia, Entrevista 06 del 24 de agosto de 2018).

Por otro lado:

El psicólogo lo que tiene que hacer es detectar la situación emocional de los miembros de la familia y generar estrategias para mejorar, por ejemplo: la vez pasada detectamos una violencia intrafamiliar, el esposo violentaba mucho a la esposa y decidimos hacer la intervención de desde el punto de vista de resguardar a la mamá con sus hijos en casa de

su mamá. Porque si la señora estaba en mala condición de violencia extrema, entonces, no era una buena cuidadora porque esa parte nos toca a nosotros determinar (Psicóloga Victoria, Entrevista 02 del 19 de marzo de 2018).

Ambas psicólogas dan cuenta de una práctica estructurada en los procesos tanatológicos, desde dos contextos diferentes: la consulta privada y la institucional respectivamente. Estas prácticas toman de referencias objetivos medibles que están en pro de ayudar, por medio de estrategias, tanto al paciente como a las familias en su fin último de “curar” los malestares que la noción de muerte genera. Estas estructuras y objetivos dan claridad respecto a la razón de existir del psicólogo y calman su consciencia sabiendo cómo proceder. Sin embargo, se asoma el peligro de contraponerse directamente ante lo que el paciente realmente necesita; pues en su obstinación se puede optar por tomar el Lugar del Supuesto Saber, interpretando lo que el paciente necesita desde la teoría o modelos de intervención que profesa el psicólogo.

De esta forma, al encontrar conflictos familiares, dicho profesional puede adoptar un rol distinto, similar a un miembro de la familia del paciente terminal, y estar a favor (o en contra) de algunos miembros, perdiendo toda neutralidad y dirigiendo de esta forma su proceder como sus sugerencias.

5.3.2 COMPLICACIONES EN EL PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO TANATOLÓGICO

Ineludiblemente cada caso tendrá su propio cause, su propio ritmo, su propio tiempo y sus propias vicisitudes. Dado que la subjetividad del propio paciente alude a la singularidad que es imposible de comparar con otro paciente, aunque posean la misma enfermedad.

Si bien se puede reconocer la distinción de cada caso, el Psicólogo pareciera percibir algunos elementos comunes que, para él, tienden a complicar el hecho de asumir la función de acompañar al sujeto que la tragedia ha tocado a la puerta de su vida por medio de una enfermedad.

A esto hace referencia la Psicóloga Magnolia:

— ¿Cuáles serían los desafíos que el psicólogo debe enfrentarse al trabajar con pacientes terminales?

—Primero que nada, realmente enfrentar lo que es el dolor de la muerte, tanto la pérdida de uno mismo cuando uno ya sabe que ya no puede hacer nada por mantenerse en la tierra o en la vida, como también la situación de poder contener a la familia ante el dolor de la pérdida de un ser humano que se enfermó y que agravó muy rápidamente y que no quieren perder. (Psicólogo Magnolia, Entrevista 06 del 24 de agosto de 2018).

Pareciera que la complicación primaria en estos procesos, percibida por la Psicóloga Magnolia, tiene que ver con la significación de la muerte propia que se torna confrontante para ella. Esta complicación pareciera trastocar las propias vivencias relacionadas con las pérdidas que ha sufrido a lo largo de su vida. Generando que al encontrarse con el paciente o la familia evoquen las significaciones, en el psicólogo, que dificultan su función como alojo de la palabra de los sujetos.

Algo similar se asoma en el siguiente discurso:

—Entonces, yo creo que a veces, lo que quizás pudiera complicar, son las situaciones o los procesos de duelo que tú puedas tener de forma personal. Pon tú como te decía hace

rato, no somos una máquina, somos seres humanos que obviamente ante la pérdida de un ser amado vamos a tener todo lo que se plantea o todo lo que se dice en la bibliografía, todo lo que tiene que ver con los procesos de duelo, negación y demás, de una y otra forma, la tenemos que pasar también nosotros y este proceso de duelo no son fases que se van concluyendo, que se van terminando, sino que pueden volver a ocuparse, pueden volver a estar presentes y perduran por un tiempo, el tiempo por el cual perduran dependerá del nexo consanguíneo inclusive que tú tengas con la persona que falleció, un proceso de un duelo de una madre, de un hijo, son de los procesos de duelo más largo que se esperan. Entonces yo creo que eso puede complicar, el que el psicólogo tenga sus propios procesos de duelo, que esté viviendo procesos de duelos personales y que, en el trabajo cotidiano con pacientes, pueda volver a experimentarlos, ese es mi punto de vista (Psicóloga Victoria, Entrevista 02 del 19 de marzo de 2018).

Estas significaciones que se gestan en el psicólogo se deben a que al “entrar en “la órbita funeraria del moribundo” implica tratar con el horror a la muerte del paciente y tratar con el propio horror a la muerte” (Negro, 2012, p.6). Es aquí donde la historia de vida del psicólogo es revivida, de cierta forma, en las experiencias que van emanando del mismo sujeto; de esta forma, la angustia de la muerte se concreta en la significación de la misma como un agente del mal, perpetradora de masacres en masa, pues la muerte es vista como exterminadora (Negro, 2012).

Ante los encuentros con la muerte, emerge otra complicación en el psicólogo y esta se vincula con la necesidad del psicólogo por tener cierto control de sí mismo durante el proceso ante las movilizaciones que puedan surgir en las sesiones con el paciente, recuperando conceptos tales como resiliencia, que sugieren la superación de eventos traumáticos.

—... me parece que tener resiliencia. Porque es un enfrentamiento constante con la muerte, entonces, yo creo que el primer desafío es, precisamente, poder superarlo, superarme de las pérdidas ¿no? De los duelos, de cómo te decía hace rato, de encariñarme con un niño y al otro día, cuando me vengo a dar cuenta, ya está internado. Ah, me ha tocado que han estado entubados y muchos de ellos ya no logran salir. Entonces, el darme cuenta de que, pues, tengo que ser resiliente a estas situaciones. Sí he de confesar que muy al principio, cuando yo llegué al hospital, pues sí me afectaba de manera más fuerte, me impactaban las pérdidas, sobre todo, asociar el hecho de que son niños, siempre mueven estas situaciones, ¿no? Entonces, creo que el desafío es poder continuar, poder tomar de ellos lo mejor, vivir el día; y ser resiliente, ¿no? Resiliente en toda esta parte de mi trabajo, para bienestar de ellos (Psicóloga Laura, entrevista 03 del 15 de abril de 2018).

Durante los procesos Murillo (2018) explica que en la transferencia el analista (en este caso, el psicólogo) debe asumir dos funciones: el manejo transferencial, que se da frente al paciente; y, por otro lado, el dominio de esta misma el cual se relaciona con los efectos que las vivencias del sujeto tengan en el psicólogo. Esta segunda función, según se percibe en el discurso de la Psicóloga, es escasa en los inicios de su práctica, a tal punto que llega a “encariñar” con los pacientes pediátricos que atendía, generando en ella un impacto traumático, perceptible para ella, al concretarse la pérdida. Reconociendo su falta de “control” y “recuperación” ante las experiencias en la clínica con paciente pediátricos.

5.3.3 VIVENCIAS DEL PSICÓLOGO CON PACIENTES PEDIÁTRICOS

Como se mencionó anteriormente, en la mentalidad de la sociedad contemporánea, la enfermedad y, posteriormente, la muerte de un niño o adolescente es un hecho trágico e inconcebible, es el susurro imparcial de la realidad tacita: todos podemos morir en cualquier momento.

Además, para el psicólogo el dar acompañamiento a estos pacientes se torna como una las experiencias más confrontadoras, debido a que se vuelve el testigo del deterioro de la vida del niño/adolescente. A esto se le suma que las vivencias que surgen de su práctica en el tiempo restante de vida del sujeto, se tornan significativas para él.

Parte de estas vivencias son relatadas en el siguiente fragmento discursivo de la Psicóloga Victoria:

—Tuve una paciente que dejó en su celular notas. Ya ves que las notas las puedes activar después de cierto tiempo, entonces ella identificó, pensó más o menos cuánto tiempo le quedaba de vida y dejó notas para su mamá: una nota en donde pedía que cuidaran a su sobrino; otras notas en donde pedía que le cuidaran a su mascota, un perro que tenía; otra nota en donde pedía a su mamá que siguiera adelante, que no desfalleciera por el dolor de su partida. Entonces los chicos te sorprenden sobre todo los más grandes, cuando son chiquitos, cuando son pequeñitos, con los que trabajas son con los papás, así como dije, son las principales personas a las que vas a atender, no tanto al niño (Psicóloga Victoria, Entrevista 02 del 19 de marzo de 2018).

La narración de la Psicóloga Victoria describe su sorpresa al ser testigo de las acciones que toman los pacientes pediátricos al saber que su muerte es próxima. Pues en este último momento el paciente moribundo surge una expansión libidinal que lo lleva a forma con su objeto (que él mismo elige dentro de los familiares o profesionales) y genera la última diada que tendrá en su vida (Negro, 2012). De esta forma toda acción que el paciente haga en su última relación puede tornarse significativa para todo testigo, sobretodo (para la Psicóloga) cuando el paciente es adolescente.

Sin embargo, al tratarse de un niño, pareciera que se torna menos impresionante o significativo relegando su atención a los padres; esta acción puede aludir que, el niño al no tener un lenguaje estructurado y ser carente de un pensamiento abstracto como puede tenerlo el adulto, la labor del psicólogo no se percibe como necesaria, desviando la mirada hacia los padres. Dejando al niño morir (simbólicamente) solo.

Por otro lado, las actitudes y hazañas que el paciente moribundo ejecute en su camino al final de su existencia, en ocasiones, son poseedoras de la admiración del psicólogo. Sin embargo, esta admiración que surge pueden dar cuenta de las movilizaciones que se estén dando en el psiquismo del mismo y aumentan la posibilidad de perder de vista el foco de atención en el acompañamiento. Como se logra apreciar en el dicho de la Psicóloga Ana:

—La impresión que yo me llevo de ellos es la lucha constante que ellos tienen contra la enfermedad, la esperanza que ellos tienen de recuperarse y de seguir adelante, las energías que ellos te transmiten por ser niños, por querer aprender, por querer avanzar, seguir adelante; ellos mismos te buscan: “¿maestra a qué hora vamos a trabajar?”. Todo ese entusiasmo, toda esa alegría, toda esa forma de luchar contra la muerte, a mí, la verdad,

es para admirarse y eso a mí me enseña a seguir adelante y de esforzarme y a ser cada día mejor. Entonces yo pienso que es importantísima esa empatía, prácticamente ellos te conceptualizan no como maestro, no como psicóloga, sino como una persona que está con ellos, que está en todo momento con ellos. Entonces, pienso yo, que ellos no sienten estar aquí, no sienten estar enfermos, ellos se sienten como niños normales y eso a ellos les ayuda a salir adelante con la enfermedad. (Psicóloga Ana, Entrevista 05 del 13 de agosto de 2018).

La impresión ante la lucha contra la enfermedad, las ganas de seguir adelante, las esperanzas de la recuperación pueden sugerir el influjo que el paciente tenga sobre el sentir inconsciente del mismo psicólogo. Dando lugar a fenómenos contratransferenciales que llevan a la Psicóloga idealizar al paciente pediátrico como un posible vencedor de la enfermedad (aunque el pronóstico sea desfavorable), además, de suponer que, con la presencia del psicólogo como un alguien que acompaña, pueden llegar a no sentirse enfermo; no obstante, bien puede ser la negación del psicólogo ante el sufrimiento del niño que se torna insoportable para su consciencia.

La irrupción de la enfermedad en la vida de los niños es una problemática a tratar por algunos especialistas dentro de instituciones. Dicha problemática que es atendida por médicos, enfermeros y, en especial, los psicólogos, quienes dan seguimiento a los procesos de enfermedad del infante, se convierten en epicentros de movilizaciones que son imperceptibles el mismo.

—Pero sí, como te decía yo, si es necesario ir manejando las emociones que va sintiendo, que eso sí puedes. Digo, el pensar que el niño va a estar bien durante su proceso más que nada, en nuestro caso, por ejemplo, tenemos el aula hospitalaria en dónde podemos jugar

e interactuar con los niños, en dónde podemos, obviamente, enseñarle cuestiones de aprendizaje, en mi caso, los talleres que llevo. Siento ahí que hay una compensación de decir: “Bueno, ahorita el niño está feliz, está olvidado de su enfermedad y está bien”. Pero ya cuando vemos que, por ejemplo, los internan porque se agravó un poquito más la situación que están viviendo, sí nos preocupa; al menos a mí sí me preocupa, pero digo: “tengo que estar bien para demostrarle también a la familia que puede salir adelante con el tratamiento que en ese momento el doctor está estableciendo”. Cuando están internados, cuando es uno de fase terminal, yo siento que sí es como acompañarlos en el dolor de ellos, siendo fuerte uno para que el padre de familia... no es que se requiera de la fortaleza en ese momento del padre, porque no se puede, pero que sepan que están acompañados, cuando ya es en la fase terminal (Psicóloga Ana, entrevista 05 del 13 de agosto de 2018).

Se logra apreciar que la Psicóloga hace un ejercicio de comprensión del paciente a través de las vivencias de su práctica y de la relación psicólogo-sujeto niño, llegando a la conclusión simplista de que si el niño muestra emociones “positivas” es porque hay un olvido de su propia enfermedad. Por otro lado, se logra distinguir que en el caso de que el niño presente malestares graves le produce preocupación a la psicóloga, pero como está investida por su posición de profesional de la salud mental, que en ocasiones es atribuido como un modelo perfecto, la misma opta por ocultar dichos malestares que son desencadenados silenciando su propia subjetividad que más tarde puede generar un efecto en su práctica.

5.4 DEFORMACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL PSICÓLOGO

En esta última metacategoría, se presenta los malestares emocionales y físicos que el psicólogo sufre como consecuencia de la contratransferencia de su práctica afectando su vida en distintas áreas. Además, otra consecuencia es la experimentación de desánimo de continuar su práctica cuando el profesional pierde a su paciente al concretarse el deceso.

En función a esto, se presentan a través de las experiencias de los psicólogos algunas iatrogenias terapéuticas de las cuales puede no ser perceptibles para ellos, al punto de terminar racionalizando su actuar por medio de la pronunciación de la teoría como argumento lógico que respalda las acciones expresadas.

5.4.1 LOS MALESTARES EMOCIONALES EN EL PSICÓLOGO

Enfrentarse al sufrimiento humano muchas veces se torna influyente en la “psique” del psicólogo, debido a que las constantes sesiones con los pacientes terminales trastocan en lo más profundo de este. Dicha influencia origina en el profesional la experimentación de distintas emociones en su vida cotidiana y laboral:

—Es que yo creo que todos los pacientes, en cierta manera, van influyendo en tu trabajo. Hace siete, ocho años mi forma de atención a los niños era diferente. Yo creo que el psicólogo de hospital se desgasta mucho emocionalmente, entonces llega un momento en que tú también, sobre todo en un hospital como este en el que hay mucho fallecimiento, por el tipo de hospital, es un hospital de tercer nivel. Entonces llega un

momento en que también tú haces como cierta barrera hacia el paciente. Porque los niños son niños: vienen, te abrazan, te besan, te traen cartas. Hubo un tiempo en que tuve muchas cartas o muchos dibujos pegados y los quité o, por ejemplo: fotos, me tomaban fotos con mis pacientes, antes tenía muchas fotos, ya no me tomo fotos porque muchos de ellos han fallecido entonces es muy triste sacar tu álbum y decir: “este ya murió, este ya murió, este ya murió” (Psicóloga Victoria, Entrevista 02 del 19 de marzo de 2018).

La Psicóloga Victoria, que se encuentra dentro de la institución hospitalaria, en su intento generar o afianzar el vínculo terapéutico opta en tener una actitud “simpática” con los pacientes pediátricos, recibiendo de ellos muestras de afectos, objetos y experiencias fuera del consultorio que terminan generando vínculos y afecciones emocionales en la vida del profesional. Estas afecciones experimentadas por la Psicóloga son traducidas en sentimientos de tristeza al saber que muchos de los pacientes atendidos por ella fallecieron; esto podría insinuar que el profesional de la salud mental (psicólogo) adopta una posición semejante a la de los familiares después que ellos pierden a su ser querido, pues existe una catexia en los objetos que fueron obsequiados, por el paciente, a la Psicóloga que se vuelven desencadenantes de malestares emocionales.

5.4.2 LOS MALESTARES FÍSICOS EN EL PSICÓLOGO

Por otro lado, los malestares desencadenados por el vínculo contratransferencial que se establece con el paciente, no solo repercute en la psique del profesional; sino que más tarde encuentran su cauce en el cuerpo del psicólogo, esto se hace notable al decir:

—¿De qué manera me ha tocado vivir el desgaste? Pues en cansancio físico. Yo creo que sí he notado que, en ciertos momentos, en los que hay mayor estrés, carga de trabajo,

responsabilidades, hay periodos más complicados, me siento cansada físicamente. Me doy cuenta porque duermo más, entonces es notorio ¿verdad? También en ocasiones cuando estás más irritable que llegas a tu casa y te dicen: “¡ay! ¿por qué estás tan molesta?” Te das cuenta que estás molesto por las situaciones que has experimentado (Psicóloga Victoria, Entrevista 02 del 19 de marzo de 2018).

Es evidente que el binomio alma-cuerpo del mismo psicólogo se ve afectado por los fenómenos del pensamiento que surgen del encuentro con el sujeto moribundo. Esto se debe a que el paciente en el proceso, como sucede en un dispositivo analítico, paga con su discurso (además, del pago monetario, si la consulta es de manera privada); por su parte el psicólogo “paga con cuerpo en cuanto depósito y acoso de la palabra, puesto que se presta como soporte a los fenómenos singulares” (Martínez, 2018, p. 138).

Aunque categóricamente se podría nombrar la somatización que experimenta la Psicóloga como Síndrome de Burnout, es claro que la fatigabilidad, estrés, hipersomnia, irritabilidad, pueden dar cuenta de un malestar inconsciente no elaborado, que se puede racionalizar como un efecto de la carga de trabajo, ignorando (o negando) los efectos en las propias vivencias que la enfermedad y muerte movilizan.

5.4.3 DESANIMO DEL PSICÓLOGO FRENTE A LA PÉRDIDA DE SU PACIENTE

La presencia del psicólogo en procesos tanatológicos es necesaria siempre y cuando exista un problema a resolver que se vincula con fenómenos psicológicos, sociales y cognitivos en los sujetos moribundos.

El problema estriba cuando la atención se enfoca únicamente en el paciente moribundo, porque se ignora los distintos escenarios donde la intervención de dicho profesional puede llevarse a cabo como puede ser con los dolientes; de esta manera, la muerte del paciente terminal se torna como el tope y final de la práctica del psicólogo.

De esto da cuenta el Psicólogo Damián:

—En muchas ocasiones a mí me tocó ver a compañeros que empezaban a trabajar con un paciente terminal y a las dos, tres, cuatro sesiones se les moría y decía: “No, pues ¿para qué voy a andar trabajando y ni siquiera me va a dejar terminar?” o “apenas estoy empezando a trabajar y ya perdí a mi paciente, me quedo sin él” (Psicólogo Damián, entrevista 01 del 15 de marzo de 2018).

Fortes (2009) precisa que cuando la intervención de aquel que funge como terapeuta, tiene como objetivo (explícito o implícito) la “realización” personal a través de los otros o el “salvarlos” a través de su intervención, su destino será el fracaso. La conclusión súbita del proceso de acompañamiento confronta y hace cuestionar al psicólogo acerca del sentido de la “inversión” de tiempo al paciente terminal.

Es aquí donde el psicólogo adopta la postura médica que estriba en la funcionalidad de su práctica dejando de ver al paciente como sujeto, para verlo como materia prima a la que se tiene que “trabajar” para poder producir algo. Ese algo que “satisface necesidades narcisistas al confirmarlo como el que atiende, resuelve” (Fortes, 2009, p. 33).

5.4.4 DERIVAS DE LA PRÁCTICA DEL PSICÓLOGO

Es natural que, en la relación terapéutica, el psicólogo pueda tomar aprendizajes para significar su propia vida, además, de generar una reconexión de distinta manera con figuras significativas presente y pasadas, y así asumir una posición diferente ante su propia historia (Fortes, 2009). Es decir, que se puede aprender de las experiencias de vida de los sujetos que se intervienen sin transgredir el espacio, apropiándose de éste con la subjetividad del mismo psicólogo.

Sin embargo, el problema se presenta cuando estas vivencias trastocan al psicólogo despertando en él conflictos no elaborados y que, al mismo tiempo, son trasladados al espacio de intervención donde se supone no cabe su padecimiento, ya que esto terminaría efectuando iatrogenias en la práctica que pueden ser catastróficas tanto para el paciente moribundo como a la familia en su proceso de duelo anticipado.

Se hace evidente tales efectos que se dinamizan en el psicólogo a través del siguiente dicho:

—Hay pacientes con los que has trabajado mucho tiempo y por supuesto te genera en ti algo; si me he salido y me he salido a “chillar”, a llorar porque a veces es un poco injusto, no el morir, sino la forma en la que mueres. Que eso es mucho lo que se busca en cuidados paliativos, que el niño muera sin dolor. El cáncer es muy doloroso en la fase terminal, terriblemente doloroso, entonces ver el dolor y ver el dolor del niño es algo que a todo ser humano por supuesto le puede afectar (Psicóloga Victoria, Entrevista 02 del 19 de marzo de 2018).

La abreacción que experimenta la Psicóloga Victoria en su quehacer clínico la orilla fugarse de su posición como psicóloga para permitirse sufrir, por medio del llanto, lo que considera “injusto” acerca de la muerte de los niños. Este cuestionamiento de lo injusto es notable que se vincula con una necesidad propia del psicólogo que desfigura el proceso terapéutico. Además, de que toda acción dentro de la práctica de la psicóloga tiene como finalidad la muerte del niño sin dolor, de esta forma se ocultan y racionalizan dichas acciones por medio de la adopción de los objetivos de los cuidados paliativos.

Ahora bien, las reacciones que exponen sentimientos de tristeza no son las únicas que se pueden experimentar, pues también el enojo forma parte de esas emociones que acompañan al psicólogo durante su intervención. Debido a que, en los procesos de enfermedad, los otros actores los cuales son la familia del paciente no se apegan a lo que el psicólogo tiene previsto que suceda a partir de su intervención.

Esto se percibe en el decir de la Psicóloga Victoria:

—... también me he enojado y también esa es la razón por la que me he salido; me he enojado porque los papás a veces... no creo que ningún papá se pueda preparar, pero como mecanismo de defensa a veces los papás son bien distantes hacia el hijo que está falleciendo entonces pues cuando tú vas a morir, creo que lo que necesitas es que alguien te tome la mano y a veces el papá no puede, y tampoco lo podemos obligar. Nosotros podemos acompañar, acercarlo, llevarlo, conducirlo, hacerle el soporte emocional, pero a veces no todos están preparados y no todos lo han logrado, no todos están enojados por eso que les está tocando vivir, también. Entonces no puedes evitar enojarte y pues

también es bueno salirse y saber que uno hace mejor (Psicóloga Victoria, Entrevista 02 del 19 de marzo de 2018).

En el fragmento se logra apreciar que el enojo de la Psicóloga se dirige a los padres que optan tomar distancia del hijo que está sufriendo la enfermedad, puesto en la mente de los padres se torna insoportable concebir la muerte de su propio hijo.

A pesar de tener cierto grado de consciencia del porqué de la acción de los padres, este acto de posicionarse en contra, margina el deseo que emana de los progenitores. Además de ignorar el hecho que en los procesos de acompañamiento tanatológico, los cuidadores del paciente también experimentan su propio proceso de duelo en el desarrollo de la enfermedad; manifestándose en una multiplicidad de reacciones, conductas, palabras y silencios, que también buscan ser contenidos; aun cuando estos aparenten cierto desapego al paciente moribundo.

Mediante la manifestación de las necesidades subjetivas del psicólogo en el proceso, este se apropia del espacio terapéutico y margina aquellos que están frente a su mirada profesional, sin tener en cuenta que sus acciones se ubican en lo antiético que, incluso, pueden llegar a perjudicar la reacción profesional de psicólogo-paciente (Muñoz, Ramos & Santiago, 2019).

5.4.5 RACIONALIZACIÓN DEL ACTING OUT DEL PSICÓLOGO

Si bien es cierto que el psicólogo termina siendo un sujeto que puede verse alterado por la experiencia de acompañar a un ser humano a su destino último que es la muerte, se debe considerar que existen ciertos límites donde lo que afecta al psicólogo es determinante para la dirección de su práctica. El cual puede ser encausado a un fin terapéutico o, por el contrario, a la transgresión de la ética.

Sin embargo, cuando el psicólogo se ve desbordado por su propia subjetividad y esta se emparenta el objetivo de satisfacer, por medio del proceso de otros, una necesidad subyacente, se puede recurrir a la racionalización de su actuar (y sufrir) usan como argumento teorías o técnicas que pueden ser vistas por los demás colegas e incluso por el paciente y sus cuidadores como una intervención eficaz y profesional. A esto se hacer referencia en el discurso del Psicólogo Damián:

—Hay algo que en la psicología humanista se utiliza que es, por ejemplo: la originalidad y el ser consciente de sus límites. Aclaro, esto no sé si otras corrientes psicológicas lo utilicen, pero el humanismo lo utiliza mucho ¿Qué te quiero decir con estos dos conceptos? Que tú como psicólogo puedes decirle a tu paciente: “Oye, ¿sabes? hoy no me siento bien para atenderte y no te voy a poder brindar un buen servicio. Entonces, mejor te atiendo otro día”, o bien, la originalidad también te permite que frente a tu paciente puedes demostrar tus emociones y decirle: "Oye ¿sabes qué? Me siento triste", puede ser por algo que ocurrió antes o, incluso, por algo que te esté diciendo en este momento, tú le dices: "¿sabes qué? Creo que estás viviendo algo muy complejo, algo que también a mí me llega" y eso da una sensación a tu paciente de lo mismo que te comentaba antes, de empatía y él puede darse cuenta que tú no eres ajeno a lo que está viviendo él. Esto ayuda mucho en la relación que vas creando con el paciente, aclaro, no muchos psicólogos lo utilizan, es un enfoque de la psicoterapia humanista que hasta para la psicoterapia humanista tiene diferentes ramas, por así decirlo. Esto que te estoy contando es específicamente de Rogers, cuando trabajo psicoterapia humanista que por lo regular trabajo con terapia Gestalt. Trato un poco más de seguir a Rogers y hasta el momento me ha funcionado (Psicólogo Damián, Entrevista 01 del 15 de marzo de 2018).

La teoría que refiere el psicólogo que respalda la técnica, sugiere que el profesional tiene el control consciente de su proceder, aunque existan manifestaciones emocionales que se conectan con la historia del sujeto que atiende. No obstante, estas manifestaciones dan cuenta de los efectos contratransferenciales que el psicólogo experimenta en su práctica. Además, esto se torna peligroso porque se argumenta que con la expresión emocional que el psicólogo se permite frente a su paciente ayudará a la consolidación de la relación terapéutica por medio de un actuar empático; empero, bien se sabe desde la experiencia que “nadie puede ir más allá de sus puntos ciegos” (Etchegoyen, 1986, p. 237) mismos que se perciben dentro de la práctica como enojos, tristezas, etc.

Aunque la ética podría sugerir la terminación de la relación psicólogo-paciente y ser canalizado a otro colega, la negación de esta acción puede sugerir que este vínculo es visto por el psicólogo como algo más allá del abordaje clínico que en nada beneficia al sujeto enfermo y a la familia. Sin embargo, estos últimos al no ser adiestrados en los discursos psicológicos o tanatológicos, no podrán percatarse del error del clínico percibiendo su práctica como un placebo ante el sufrimiento que se experimenta, sin abonar a la elaboración del duelo anticipado.

CONCLUSIÓN

La enfermedad terminal otorga un color distinto a las prácticas psicológicas que puedan llevarse a cabo, tanto de manera privada como institucional, debido a que aparecen factores que quedan fuera de todo control de los sujetos implicados como el paciente, la familia e incluso, en cierto punto, los profesionales que se encuentran inmersos en el proceso. Estos factores como lo son el tiempo restante de vida, los estragos de la enfermedad, los conflictos familiares, el deseo del mismo paciente, etc., buscan espacios donde exista la mirada y oídos de ese otro que desea soportar lo indecible que la noción de muerte desencadena.

El psicólogo visto como una figura incorruptible e imponente, se vuelve esa posibilidad, ese espacio de encuentro y contención del deseo del otro. Aun cuando esto implique el comprometimiento de su propia subjetividad en cada encuentro, en cada interpretación, en cada silencio; pues la experiencia de acompañar a los pacientes con diagnósticos de terminalidad, en ocasiones, puede tornarse confrontadora para algunos, evocando su propia finitud además de las propias pérdidas que están enmarcadas en su historia de vida. Volviéndose un sujeto vulnerable en su propia práctica cuando este mismo no ha sido contenido por la escucha de un otro, en un espacio terapéutico propio.

De otra forma, cada encuentro se volverá caótico, frustrante, emotivo, hasta el punto en el que se pierde de vista el objetivo terapéutico; donde la elaboración del duelo de los sujetos que buscan la atención del profesional no será permitida, no tendrá lugar. Puesto que la moral del psicólogo como sus necesidades inconscientes se convertirán en invasoras del proceso; y el

sujeto que busca ser contenido, será relegado a ser un objeto de su práctica, un objeto de satisfacción o frustración del mismo profesional.

Dichas frustraciones que experimenta el psicólogo pueden emigrar a otros espacios de su vida: sus relaciones con los otros hasta manifestarlas en su propio cuerpo por medio de cansancio, enojos, tristezas, etc., y, por último, terminar deformando su práctica.

En función al mantenimiento de la imagen de “experto” que no se ve afectado por la subjetividad del otro, aparece el despliegue de técnicas y modelos terapéuticos que actuarán como placebo para callar los malestares alarmantes de los sujetos atendidos que harán alusión a la notable formación del psicólogo, confirmándolo (desde la fantasía) en el lugar de la “expertise” exentándolo de toda falla o toda equivocación en su proceder y que, igualmente, lo ubican en un status mayor frente a la sociedad o en su contexto laboral.

Sin embargo, las derivas que emanen de la práctica del psicólogo siempre serán una posibilidad obedecer a una moral institucional que se conecten con las necesidades del mismo profesional; o de lo contrario, obedezcan a la recuperación de lo legítimo que tiene el paciente, su palabra. Esa palabra pronunciada (o no) que remite al decir y des-decir, que va en función de un orden lógico o de un orden ilógico, de los sentidos y sin-sentidos inscritos en su discurso; pero siempre aludirán a lo más íntimo y fundamental del sujeto moribundo como a sus deudos: su deseo.

El psicólogo y su práctica son espacios donde el paciente se da el permiso de sufrir y experimentar aquello que estaba soslayado por las diferentes demandas que la sociedad y la familia muchas veces imponen; “échale ganas”, “se fuerte”, “no te pongas triste”, discursos de

morir feliz, métodos paliativos para calmar los malestares físicos, etc., son expresiones y acciones utilizadas que intentan mitigar lo escandalosa que puede ser la noción de muerte.

No obstante, el psicólogo que opta por asumir la función de escucha, de recuperar y legitimar la palabra del sujeto moribundo, en la medida de lo posible, puede hacer siempre y cuando éste pueda tener en su práctica algunos elementos como: el transportar su práctica al modo del discurso del silencio, el discurso del analista, mismo que permite la emergencia de la subjetividad, el deseo del otro; acompañado de una postura amoral, que evite colocarse como juez antes los decires y acciones tanto del paciente como de la misma familia, aun cuando estos vayan en contra o desarticulen la teoría que profesa el mismo profesional; por otro lado, la constante reflexión de su práctica que permita identificar algunos elementos en sí mismo que puedan volverse obstáculos de su intervención y lo lleven a fugarse de su posición en el espacio de acompañamiento; por último, el proceso terapéutico propio, que genere la posibilidad de elaborar sus propios fantasmas y conflictos inconscientes para no imponerlos en su práctica.

A pesar de todo esto, no existe una práctica psicológica perfecta ante los pacientes mediados por un diagnóstico de terminalidad, pero sí una práctica humana que permita recuperar el deseo del otro, acompañándolo a encontrar esa muerte digna. Remitiendo a la concepción única a la que el paciente llegue acerca de morir dignamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez-Gayou, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Arriaga, E. G. (1999). De la práctica psicológica a la clínica psicoanalítica. En *El sujeto y su odisea* (pp. 150-157). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bautista, N. P. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones*. Bogotá: Manual Moderno.
- Benítez, M.A. & Asensio, A. (2002). La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal. *Aten Primaria*, 30(7), 463-466.
- Bowlby, J. (1977). The Making and Breaking of Affectional Bonds: II. Some Principles of Psychotherapy: The Fiftieth Maudsley Lecture (expanded version). *British Journal of Psychiatry*, 130(5), 421-431.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva, tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Cerda, H. (1991). *Los elementos de la investigación*. Colombia: El Búho.
- Díaz, I. (1998). *Técnica de la entrevista psicodinámica*. México: Editorial Pax México.
- Díaz, V. E. (1998). El niño y la muerte. En *Affectio Societatis*, (2), 1-11.
- Etchegoyen, R. H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Fernández Cerdeño, A. (2007). *Vivencia y enfermedad emocional*. México: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.
- Flores, A. (1999). El sujeto atrapado entre las redes de una dictadura significativa. En *El sujeto y su odisea* (pp. 83-96). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Fonnegra de Jaramillo, I. (2006). La experiencia humana de morir. En *Morir bien* (pp. 23-53). Colombia: Editorial Planeta.
- Fortes, J. (2009). Errando por los caminos del terapeuta. En *El terapeuta y sus errores. Reflexiones sobre la terapia* (pp. 13-57). México: Trillas.
- Frankl, V. E. (2018). *Psicoanálisis y existencialismo. De la psicoterapia a la logoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En *Obras completas, Vol. XIV* (pp. 235-256). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gallo, H. (2002). Cuerpo y enfermedad: Una aproximación psicoanalítica. En *Desde el Jardín de Freud*, (2), 120-127.
- García, A. (2012). *El duelo. Un espacio intermedio de aprendizaje en la vida*. México: Talleres de Vortex.
- Gaytán, F. (2008). Santa entre los malditos. Culto a la santa muerte en el México del siglo XXI. En *Revista LimiR. Estudios sociales y humanísticos*, 6(1), 40-51.
- Gerlein, C. (2006). El grupo familiar ante la muerte. En *Morir bien* (pp.99-126). Colombia: Editorial Planeta.

- Gevaert, J. (1995). *El problema del hombre. Introducción a la antropología*. Salamanca: Ediciones Sígueme.
- Giannakoulas, A & Fizzarotti Selvaggi, S. (2009). *El counselling psicodinámico*. Buenos Aires: Lumen.
- Heidegger, M. (2003). *Ser y tiempo*. Madrid: Trotta.
- Hernández, S. (2018a). *Aflicciones del alma. Melancolía, naufragios y desastres del cuerpo*. México: El diván negro.
- Hernández, S. (2018b). Pérdida irresoluble. En *La función del pago en la práctica analítica* (pp. 225-245). México: El diván negro.
- Hinojosa, A. (1968). Mecanismos psicológicos de adaptación y defensa. En *Humanismo y pediatría. Las bases psicosociales para la práctica pediátrica* (pp. 71-82). México: Fondo Editorial Nestlé de la Academia Mexicana de Pediatría.
- Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: EDICIONES GRIJALBO.
- Lacan, J. (1992). *Seminario 17, El reverso del Psicoanálisis*. España: Paidós.
- Lutereau, L. & Boxaca, L. (2019). *Introducción a la clínica psicoanalítica*. México: El Diván Negro.
- Martínez, C. (2018). Posicionamientos subjetivos ante el goce toxicómano. Coordinadas para la función del pago en la práctica institucional. En *La función del pago en la práctica analítica* (pp.130-143). México: El diván negro.

- Medina, D. F. (2018). Entre las pérdidas y ganancias se juega la existencia del sujeto: economía (libidinal) en la clínica con niños. En *La función del pago en la práctica psicoanalítica* (pp. 190-201). México: El diván negro.
- Muñoz, R. J. (2017). *La escucha de la familia ante la enfermedad del hijo que padece distrofia muscular de Duchenne* (Tesis de maestría). Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Chiapas, México.
- Muñoz, R.J., Ramos, R. & Santiago, M.J. (2019). Avatares de la práctica clínica frente a la muerte. En *Memoria en extenso del XLVI Congreso Nacional 2019 del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología A.C. (CNEIP): 360°* (pp. 1862-1882). México: Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología A.C. Recuperado de: http://www.cneip.org/cneip_congreso/
- Murillo, M. A. (2018). *¿Qué es el acto analítico? Deseo y técnica en psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Brueghel.
- Negro, M. (2012). El psicoanalista frente a la terminalidad y la muerte. *El psicoanalítico*, octubre, (11), 10 páginas (en línea). Recuperado de: <http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num11/clinica-negro-psicoanalista-frente-a-la-terminalidad-y-la-muerte.php>
- Oblitas, L. A. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage Learning Editores.
- Paz, O. (1999). *El laberinto de la soledad, Posdata, Vuelta a El laberinto de la Soledad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Pearlman, M. (1997). *Teología bíblica y sistemática*. Florida: Editorial Vida.

- Pecznik, A. (2012). *El sujeto ante su muerte. Violencia y terminalidad terapéutica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Ramírez, J. (2007). Hacia una ética de la escucha, la apuesta del psicoanálisis en la educación especial. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 9(2), 2-12.
- Reyes, L. A. (2009). *El hombre total*. México: Arquero Ediciones.
- Rolland, J. S. (2000) *Familias, enfermedad y discapacidad*. España: Editorial Gedisa.
- Rosales, A. (2019). Corporalidad y deseo. Dibujar lo singular en la clínica infantil. En *Vicisitudes de la infancia* (pp. 51-67). México: El diván negro.
- Schopenhauer, A. (1993). *El amor, las mujeres y la muerte*. Madrid: Editorial EDAF.
- Stake, R. E. (1998). *Investigación con estudios de caso*. Madrid: EDICIONES MORATA.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós.
- Toledo, D. (2018). Nuestra raíz. Cultura y cosmovisión tseltal en la búsqueda del lekil kuxlejal (la vida buena). En *El pensamiento indígena contemporáneo* (pp.267-279). México: Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- Trueba, J.L. (2007). La muerte clínica. Un diagnóstico y un testimonio. En *Anales Sis San Navarra*, 30(3), 57-70.
- Worden, J.W. (2013). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. España: Paidós.
- Zulueta, M.I. (1999). La relación Madre-hijo. En *Sexualidad y discapacidad psíquica* (pp. 117-143). Madrid: FEAPS.