



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Instituto de Investigación y Posgrado
Programa Nacional de Posgrados
De Calidad

ATENCIÓN CLÍNICA PSICOANALÍTICA A MUJERES DIAGNOSTICADAS CON
PÉRDIDA GESTACIONAL. PROCESOS PSÍQUICOS DESENCADENADOS
DURANTE EL PASAJE HOSPITALARIO

Por

EUNICE AMOR GONZALEZ OCHOA

Tesis presentada como requisito parcial
para obtener el grado de

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Director de Tesis

Ma. Antonia Reyes Arellano

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Instituto de Investigación y Posgrado
Programa Nacional de Posgrados
De Calidad

ATENCIÓN CLÍNICA PSICOANALÍTICA A MUJERES DIAGNOSTICADAS CON
PÉRDIDA GESTACIONAL. PROCESOS PSÍQUICOS DESENCADENADOS
DURANTE EL PASAJE HOSPITALARIO

Por

EUNICE AMOR GONZALEZ OCHOA

Tesis presentada como requisito parcial
para obtener el grado de

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Director de Tesis

Ma. Antonia Reyes Arellano

Sinodales

Dra. Ma. Antonia Reyes Arellano

Dra. María del Carmen Rojas Hernández

Dr. Gabriel Zárate Guerrero

Dr. Omar Sánchez-ArmásCappello
Jefe del Instituto de Investigación y Posgrado

Dra. Angelina González Hurtado
Coordinadora de la Maestría en Psicología

Dr. Agustín Zárate Loyola
Director

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco al CONACYT por brindar el acceso y financiamiento para la realización de estudios de posgrado, y en particular, del sostenimiento para el desarrollo de la presente tesis.

Agradezco al Instituto de Investigación y Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, por proporcionar los medios para realizar la investigación y difundir los resultados de esta. Enfatizando la labor de los maestros del Área de Formación Profesional en Estudios Psicoanalíticos por su compromiso en la transmisión del psicoanálisis; a la Dra. María del Carmen Rojas Hernández, agradezco su asesoría y apoyo constante durante la maestría, al Dr. Víctor Novoa Cota por su interés en el buen desarrollo de esta investigación.

Un agradecimiento especial para el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto Lopez Hermosa”, institución que abrió sus puertas permitiendo esta práctica, en particular el interés otorgado por la Lic. Nayelli Sánchez Pancardo.

Agradezco a amigos con quienes transcurrí esta aventura, experiencias junto a ellos son un fructífero campo para la reflexión. A Jesús Ruíz Tristán, quien, desde nuestro encuentro, ha sido un buen compañero durante esta y otras andanzas.

Finalmente y de manera privilegiada, un caluroso agradecimiento a mi familia por su apoyo incondicional, a mis padres por sumar sus esfuerzos para alcanzar las metas que me he propuesto, a mis hermanos por acompañarme en cada celebración.

**ATENCIÓN CLÍNICA PSICOANALÍTICA A MUJERES DIAGNOSTICADAS CON
PÉRDIDA GESTACIONAL. PROCESOS PSÍQUICOS DESENCADENADOS
DURANTE EL PASAJE HOSPITALARIO**

Resumen

por Mtra. Eunice Amor Gonzalez Ochoa
Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Julio 2013

Director de Tesis: Ma. Antonia Reyes Arellano

En la presente tesis se da cuenta de una investigación-intervención realizada a mujeres hospitalizadas por diagnósticos indicativos de pérdida gestacional. En cuanto a la investigación, el objetivo fue analizar los procesos psíquicos desencadenados en el pasaje hospitalario; este último término se definió durante la práctica clínica y hace referencia a tres sucesos cruciales acontecidos durante el internamiento de las pacientes, estos son (1) la posibilidad de historizar el momento en el que ellas descubren una posible pérdida gestacional, el (2) corresponde a la condición de aislamiento en la que permanecen durante el internamiento, finalmente, el (3) lo constituye el cese del punto anterior, el reencuentro con sus familiares. Los procesos psíquicos desencadenados durante el pasaje hospitalario fueron analizados a la luz de los siguientes tópicos: el dolor, la incertidumbre, la angustia y la culpabilidad.

Del lado de la intervención, se propuso un objetivo clínico, el cual fue posibilitar la atención a los procesos psíquicos desencadenados en el pasaje hospitalario. Los contextos de intervención fueron el ambulatorio (consultorio) y

principalmente, el hospitalario (áreas de hospital y tococirugía), consistió en desplegar una entrevista clínica y sesión clínica, conformando la situación clínica; en esta, se propuso ofrecer funciones de contención y propiciar la emergencia de la palabra y la escucha analítica, ambos elementos con el objetivo de atender esta problemática que se enmarcó en una atención a la urgencia, debido al carácter súbito de la pérdida gestacional.

Como propuesta metodológica se puso en marcha un dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica, definiendo los elementos de éste en función de los objetivos del diagnóstico situacional, diseño e implementación de la intervención, y evaluación de la intervención; dichos elementos son (1) la inserción al terreno médico, (2) los elementos preponderantes en la situación clínica y (3) el análisis teórico-clínico en torno del objeto de investigación-intervención, respectivamente.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	III
RESUMEN	IV
CAPÍTULO UNO. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	1
OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	1
METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNOSTICO SITUACIONAL.....	1
CONTENIDO.....	10
CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	27
CAPÍTULO DOS. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN	31
ESQUEMA DEL DIAGNÓSTICO Y CONCLUSIONES	31
OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN	33
MODELO TEÓRICO DE LA INTERVENCIÓN.....	33
JUSTIFICACIÓN	36
DISEÑO DE INTERVENCIÓN.....	39
ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCIÓN.....	41
PLAN DE ACCIÓN.....	44
CAPÍTULO TRES. IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	46
REPORTE DE LA INTERVENCIÓN.....	48
DISEÑO DE LA EVALUACIÓN	50
CAPÍTULO CUATRO. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	52
DISEÑO DE LA EVALUACIÓN	52
ENFOQUE DE LA EVALUACIÓN.....	53
METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN	54
JUSTIFICAR LA ESTRATEGIA DE LA EVALUACIÓN	55
DESCRIPCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS, TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, PROCESOS, Y PROCEDIMIENTOS.....	56

DESCRIBIR LOS CRITERIOS DE FIABILIDAD, VALIDEZ DE LAS TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN LA EVALUACIÓN.....	56
RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN	58
CONCLUSIONES DEL PROYECTO Y PROPUESTA PARA SIGUIENTES TRABAJOS	67
REFERENCIAS.....	73
APÉNDICE A. ACUSE DE RECIBO	79
APÉNDICE B. ARTÍCULO	80
APÉNDICE C. SOLICITUD DE RESIDENCIAS	97
APÉNDICE D. CONSTANCIA DE LIBERACIÓN DE RESIDENCIAS.....	98

INDÍCE DE TABLAS

TABLA 1. Cronograma de actividades y número de casos atendidos.....	48
---	----

INDÍCE DE FIGURAS

FIGURA 1. Diseño gráfico de intervención.....	39
---	----

*Bien sabía él que la iba a echar de menos
pero no hasta qué punto iba a sentirse deshabitado,
no ya como un veterano de la nostalgia,
sino como un mero aprendiz de la soledad.
Es claro que la civilizada preventiva cordura
todo lo entiende y sabe que un holocausto
puede ser ardua pero real prueba de amor
si no hay permiso para lo imposible.*

*En cambio, al cuerpo
como no es razonable, sino delirante,
al pobrecito cuerpo,
que no es circunspecto sino imprudente,
no le van ni le vienen esos vaivenes,
no le importa lo meritorio de su tristeza,
sino sencillamente su tristeza
Al despoblado, desértico, desvalido cuerpo
le importa el cuerpo ausente, o sea, le importa
el despoblado desértico desvalido cuerpo ausente,
y si bien, el recuerdo enumera con fidelidad
los datos más recientes o más nobles,
no por eso los suple o los reemplaza
más bien, le nutre el desconsuelo.*

*Bien sabía él que la iba a echar de menos,
lo que no sabía era hasta qué punto
su propio cuerpo iba a renegar de la cordura,
y sin embargo, cuando fue capaz
de entender esa dulce blasfemia,
supo también que su cuerpo era
su único y genuino portavoz.*

Mario Benedetti.

CAPÍTULO UNO.

Diagnóstico Situacional

Objetivos del diagnóstico situacional

Objetivo general. Identificar situaciones en donde se presente la necesidad y oportunidad de poner en marcha un Dispositivo de Intervención con Fundamentación Psicoanalítica, a través de la inserción al terreno médico.

Objetivos específicos.

- Describir la estructura y el funcionamiento del servicio de gineco-obstetricia del Hospital, a partir de observación y entrevistas.
- Establecer las primeras relaciones transferenciales con la institución y personas representativas del servicio.
- Obtener espacios para el despliegue de un Dispositivo de Intervención con Fundamentación Psicoanalítica.

Metodología e instrumentos utilizados para el diagnóstico situacional

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2001), *diagnosticar* hace referencia a recoger y analizar datos para evaluar problemas de diversa naturaleza. Para Abatedaga (2008), el *diagnóstico situacional* se entiende como el instrumento para el conocimiento clínico de una realidad; es un ejercicio de diferenciación de los elementos de una determinada situación, contemplando sus conexiones esenciales, el desarrollo histórico y el estado actual en el que se realiza el análisis; a partir de ahí, se está en posibilidades de comprender y reconstruir lo que acontece al momento del diagnóstico.

De la primera definición ofrecida pareciera que emergen la mayoría de los enfoques de diagnóstico, pues el análisis cuantitativo de datos tiene gran auge en el desarrollo tecno-científico. En cuanto a la segunda definición, puede ofrecer una orientación distinta y que posiblemente se acerque a los propósitos del presente diagnóstico situacional; ya que, para efectos de una investigación-intervención con fundamentación psicoanalítica, tienen que retomarse algunas consideraciones más, debido al esfuerzo de trasladar el campo en cuestión a otros contextos o escenarios donde se tiene que coexistir con otras disciplinas e instancias que regulan la práctica en esos lugares, se hace indispensable recurrir a distintos medios que, sin desviar la práctica psicoanalítica, permitan insertarse en el contexto elegido, hablese de un hospital, como en este caso, o cualquier otra institución.

A este respecto, Rojas, Reyes y Méndez (2011), proponen una forma de trabajo investigativo que se fundamente en criterios psicoanalíticos, es decir, teniendo siempre como objeto de estudio los procesos psíquicos inconscientes, en donde los investigadores den cuenta formalmente de los trazos de su investigación a partir de una práctica clínica. El rigor académico que se requiere en los procesos propios de la investigación no invalida la investigación psicoanalítica:

Los procedimientos académicos propios de la estructura universitaria implican ciertas tareas de orden práctico que pudiese parecer que le otorgan un carácter positivo a la investigación, sin embargo estas

instancias, que son parte del rigor formal de toda investigación no tienen por qué atentar contra el carácter propio del psicoanálisis (p. 10).

Partiendo de los argumentos anteriores, la propuesta metodológica para elaborar el diagnóstico situacional es el Dispositivo de Intervención con Fundamentación Psicoanalítica; atendiendo a la denominación de la metodología, el término *intervención* ahí inserto, posiblemente pueda provocar cuestionamientos respecto de su pertinencia, debido a que la metodología del diagnóstico situacional debe responder al cómo se realiza la investigación que permita el conocimiento clínico de una realidad. La respuesta a este punto se deja en suspenso por un momento para apuntar otra cuestión con relación a la metodología.

El Dispositivo de Intervención con Fundamentación Psicoanalítica pretende utilizarse para transmitir los elementos de la presente investigación (diagnóstico situacional) - intervención (práctica clínica), metodología que sirve para formalizar las prácticas necesarias para hacer frente a la situación detectada en el diagnóstico situacional y teorizar los efectos de la práctica clínica, es decir, evaluar la intervención. Para argumentar las vías que se tomaron, se ofrecen referentes teóricos o relacionadas con el *dispositivo* y a la teoría psicoanalítica que justifican la propuesta planteada.

Se habla en términos de investigación-intervención, investigación en el sentido de realizar un diagnóstico situacional en una institución hospitalaria, lo cual permitió configurar el diseño de la intervención y los objetivos. Siendo un hospital el lugar donde se posibilita la práctica clínica, de lo que se trata, es

de aproximarse a la experiencia del otro y así estar en condiciones de describir las vías por las cuales puede surgir una demanda institucional o del paciente. La idea, de acuerdo con Pujó (1992), es hacer una especie de introducción o de presentación razonada de un campo de problemáticas vinculadas a estos puntos de cruce entre el psicoanálisis y la institución para intentar situar su especificidad, señalar sus dificultades, sus obstáculos y sus posibilidades.

Entrando en materia de dispositivo, de acuerdo con Báez (2010), desde una propuesta psicoanalítica, este va a surgir en la medida en que se puedan encontrar puntos de cruce entre distintas prácticas mediante las conjunciones y disyunciones propias de un lenguaje que permite una lógica discursiva, como en el caso de la práctica psicoanalítica y la médica. No se trata de proponer una combinación, sino de justificar la inserción al terreno médico para desplegar una práctica clínica psicoanalítica, sin perder de vista que el apremio por la atención a los órganos es indispensable, razón por lo que se acude; sin embargo, en los puntos de disyunción, ofrecer el campo a la atención de la singularidad.

Rojas y Vega (2008), en su trabajo sobre las posibilidades del dispositivo psicoanalítico en el medio hospitalario, ofrecen referentes teóricos que sustentan su propuesta; uno de los cuales es Foucault quien, en un sentido amplio, se aclara con relación al término dispositivo: “estamos refiriéndonos a un conjunto de elementos que no son factibles de sistematizarse como un procedimiento y no a la descripción operativa de un proceso” (p. 3); otro referente es Agamben, quien señala al dispositivo como una red de elementos

que se movilizan en función de llevar a cabo una práctica clínica psicoanalítica, es decir, ofrecer el espacio a la palabra. Esos elementos no están segmentados temporalmente, es decir, “lo que hace referencia a la *disposición* de una serie de prácticas y mecanismos —conjuntamente lingüísticos y no lingüísticos— con el objetivo de hacer frente a una *urgencia* y de conseguir un efecto” (p. 4).

Articulándolo con la teoría psicoanalítica, Báez (2010) afirma que el dispositivo desde la teoría analítica es todo lo que posibilita el encuentro entre el clínico y el paciente. Siendo así, la inserción al terreno médico es, en términos formales, un primer paso para llevar a cabo la sesión clínica. Con relación a los elementos, afirma que “es preciso explicitarlo para darle un sentido ante la imposibilidad de procurarle un significado preciso” (p. 152).

Retomando a Rojas y Vega (2008) se considera importante insistir sobre el hecho de que los elementos son definidos a partir de lo que resulta de la particular experiencia clínica en la institución, y estos se encuentran anudados, pues no se puede hablar de uno sin implicar a los otros; aunque para efectos de una transmisión académica, pareciera que se encuentran delimitados y que forman parte de un procedimiento; sin embargo, lo único que se encuentra establecido *a priori* es el objetivo de la atención clínica psicoanalítica con lo que esto implica:

...dar lugar a la convocación de la palabra del paciente en lo específico de su singularidad, es decir, a la subjetivación, en el plano del discurso y en la estructura del deseo, mediante los recursos del dispositivo que el

propio psicoanálisis propone en cualquiera de sus aplicaciones clínicas (p. 16).

Dichos elementos permiten dar cuenta del desarrollo de esta investigación-intervención, teniendo presente que el elemento importante y el objetivo que no se debe perder de vista es la atención a la singularidad. Esto es, al diagnóstico situacional le corresponde el elemento de la inserción al terreno médico, a los apartados interventivos corresponden los elementos preponderantes en la sesión clínica y, por último, a la evaluación de la intervención le corresponde, formalmente, el elemento de las discusiones teórico-clínicas en torno al objeto de investigación. En cada uno de los capítulos se irán desplegando los argumentos teóricos que sostienen la pertinencia de cada uno de ellos.

La inserción al terreno médico, como elemento metodológico, permite por un lado, analizar el contexto hospitalario y, por el otro, disponer de las condiciones necesarias para desplegar la intervención, cumpliendo con la formalización académica y atendiendo los objetivos de la clínica psicoanalítica. En síntesis, esta metodología permitió desarrollar una investigación (diagnóstico situacional) - intervención (clínica) y evaluar los efectos producidos en la clínica.

Para concluir, siguiendo la propuesta de Rojas, Reyes y Méndez (2011), la investigación psicoanalítica en la universidad es, por un lado, la investigación como proceso formal y, por el otro, el análisis de los efectos del lenguaje en la relación transferencial; la postura que se sostiene es la siguiente:

La formalización de la investigación psicoanalítica gira alrededor de la construcción *a posteriori* que el investigador realiza sobre su trabajo clínico y tiene que ver con una escritura que revele en términos textuales la teorización realizada sobre el hecho clínico (10).

Hasta esta parte del documento, se ha argumentado la pertinencia de la propuesta metodológica que articula el desarrollo de la investigación-intervención. En los apartados subsecuentes de este capítulo se abordarán directamente los detalles de la inserción al terreno médico.

Para finalizar, cabe aclarar que al momento del ingreso al hospital ya se contaba con una delimitación temática, fue así que el personal administrativo permitió el ingreso a las áreas que forman parte del servicio de gineco-obstetricia, es decir, unidad materno-fetal en consulta externa, el área de recuperación de labor, en gineco-obstetricia y en el área de monitoreo materno-infantil. Debido al punto anterior, el diagnóstico situacional se lleva a cabo con las pacientes que acuden a esos servicios y el personal médico y administrativo que participan ahí mismo.

Población.

Pacientes

- En consulta externa/contexto ambulatorio: con mujeres embarazadas que acuden a cita médica ginecológica en la unidad materno-fetal.
- En hospital y tococirugía/contexto hospitalario: con mujeres internadas por cuestiones gineco-obstétricas en etapa prenatal o postnatal.

Personal médico

- Jefa médico del área de consulta externa
- Jefa de enfermeras del área de consulta externa
- Jefa de enfermera de la unidad materno fetal en consulta externa
- Jefas de enfermeras en las dos áreas de hospital (gineco-obstetricia y monitoreo materno-infantil)
- Jefa de enfermeras de recuperación de labor en tococirugía

Personal administrativo

- Jefa del área de desarrollo organizacional (fungiendo como coordinadora de pasantes de psicología)
- Jefa del área de enseñanza

Instrumentos.

- Entrevistas dirigidas al personal médico y administrativo. El propósito de utilizar este instrumento fue principalmente conocer los procedimientos administrativos que se encuentran en la base del funcionamiento institucional con relación a los servicios de gineco-obstetricia en las áreas ya mencionadas. De la misma manera, entender los que este grupo reconocía como posible punto de intervención y, por último, que la entrevista fungiera para posibilitar una demanda.
- Observación. La observación como elemento que permite tomar de otros discursos —administrativo y médico—, elementos que enriquezcan el acervo que sirva para acercarse mayormente al entendimiento de la institución; tanto de lo que tiene que ver con el personal médico, el personal

administrativo y también a las pacientes. La observación puede permitir la detección de elementos no formalizados, no dichos, elementos implícitos en la estructura del hospital. Respecto a la observación, puede notarse que Freud (1920/1979), le daba una importancia a este instrumento, lo reconoce como fundamental en las innovaciones de la teoría de las pulsiones:

Esas innovaciones eran trasposiciones directas de la observación a la teoría; no adolecían de fuentes de error mayores que las inevitables en tales casos. La afirmación del carácter regresivo de las pulsiones descansa también, es cierto, en un material observado, a saber, los hechos de la compulsión de repetición. Sólo que quizá he sobrestimado su importancia. Comoquiera que fuese, sólo es posible llevar hasta el final esta idea combinando varias veces, en sucesión, lo fáctico con lo meramente excogitado, lo cual nos aleja mucho de la observación. Se sabe que el resultado final será tanto menos confiable cuantas más veces se haga eso mientras se edifica una teoría, pero el grado de incerteza no es indicable (p. 57).

- Entrevista clínica dirigida a las pacientes. Recordando lo expuesto en la metodología, en una investigación con fundamentación psicoanalítica, lo clínico funge como el elemento privilegiado, de ese modo, la entrevista clínica sería, además de un instrumento metodológico, una parte de la clínica psicoanalítica. En este trabajo, se entiende como entrevista clínica a aquella que se realiza antes de emprender la intervención clínica

propriadamente dicha. Cabe hacer la aclaración que la intervención consiste, en términos formales, de una entrevista clínica y luego una sesión clínica, sin embargo, dependiendo del encuentro y cómo se haya dado éste, pueden darse los casos en que sólo se realice una entrevista clínica, que se inicie directamente con la sesión clínica o que ambos elementos se den alternados/intercalados. Es importante precisar que la entrevista clínica se lleva a cabo con los métodos del psicoanálisis; es decir, de acuerdo con Etchegoyen (2002), el clínico debe lograr con sus presencia “facilitar al entrevistado la libre expresión de sus procesos mentales” (p. 66), propiciar la mayor libertad para expresarse, para mostrarse como es: “pretende ver cómo funciona un individuo, y no cómo *dice* que funciona” (p. 66), ya que si el paciente estuviera en condiciones de ofrecer información fidedigna de cómo es él, cómo funciona, la entrevista sería innecesaria; entonces, con la entrevista clínica se puede indagar lo que el entrevistado *no* sabe de sí mismo. En el capítulo siguiente se hablará más sobre la entrevista como instrumento de intervención clínica.

Contenido

Descripción de la institución.

Historia de la institución. Los antecedentes históricos de esta institución se remiten a la promulgación de la Constitución de 1917, en la Ley de Organizaciones Políticas del Gobierno Federal, se encuentra el acta de nacimiento del Departamento de Salubridad Pública. En marzo de 1927, con base en el Código Sanitario de 1926 del Departamento de Salubridad Pública

Federal, se funda la Delegación Federal de Salubridad en el estado de San Luis Potosí, encabezada por el Dr. Rafael González Pacheco, en apoyo al consejo superior de salubridades del estado que preside el Dr. Javier García Lozano.

En el año de 1944 se crean los Servicios Coordinados de Salud Pública en el estado de San Luis Potosí. Para el año de 1963, fue inaugurada la institución por el entonces Presidente de México Lic. Adolfo López Mateos.

De inicio, se prestaron servicios en las áreas de pediatría y gineco-obstetricia correspondientes al segundo nivel de atención en las jurisdicciones sanitarias del municipio de San Luis Potosí y el municipio de Soledad Graciano Sánchez. El funcionamiento de las áreas de urgencias pediátricas y gineco-obstétricas se inicia en el año de 1989. En el año de 1993 se amplían los servicios prestados, entre los cuales se encuentran perinatología, medicina interna, otorrinolaringología, traumatología, ortopedia, maxilofacial, oncología y cirugía reconstructiva pediátrica.

En 1995 se consolida el programa de lactancia materna, gracias a ello, ese mismo año, el hospital se certifica por la UNICEF, OMS y SSA como “Hospital Amigo del Niño y la Madre”, por cumplir con los diez pasos para una lactancia natural exitosa.

En el año de 1999, pasa a formar parte del Plan Nacional de Salud y se fortalece la Junta Directiva con el Comité Técnico Hospitalario.

En el mes de marzo de 2004, se crea el Área de Monitoreo Materno-Infantil (AMMI) que permite dar atención las 24 horas a mujeres con embarazo de alto riesgo.

Debido a la gran demanda de los servicios del hospital, en agosto del 2008, se publica la convocatoria para la licitación de la construcción del Hospital del Niño y la Mujer con base a lo establecido en los artículos correspondientes en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La misión de esta institución es: Nuestra razón de ser... Para trascender otorgar un servicio integrado a la población con responsabilidad, honestidad y respeto; bajo un enfoque de riesgo, que disminuya la morbi-mortalidad materno-infantil ¡Tu salud es Nuestro Compromiso de Vida!

Por otro lado, la visión es el Hospital del Niño y la Mujer convertido en una unidad docente asistencial soportada por un equipo profesional calificado atendemos a la población materno infantil considerando un modelo de atención con enfoque de riesgo y priorizando la seguridad, con responsabilidad, honestidad y respeto. ¡Utilizamos la tecnología del futuro para resolver tu presente!

Áreas de la institución. A continuación, se describen las áreas con las que cuenta la institución haciendo énfasis en las áreas que ofrecen servicios gineco-obstétricos. Después de esto, se hablará del personal y sus funciones y, para finalizar, se retomará lo correspondiente a la población que se atiende en esta institución. Este hospital se encuentra dividido en cinco grandes áreas, las cuales son: *a)* área de gobierno, *b)* área de consulta externa, *c)* área de hospital, *d)* área de tococirugía y *e)* urgencias, éstas, a su vez, divididas en subáreas.

El área de gobierno se compone por la Dirección general, Dirección médica y Dirección administrativa, principalmente.

En el área de consulta externa se presta atención ambulatoria que comprende medidas dirigidas a desarrollar cuestiones de promoción y prevención de la salud, además de los usuales servicios médicos. Los servicios son relacionados con ginecología, urología ginecológica, planificación familiar, clínica de lactancia, prenatal, unidad materno-fetal, clínica de colposcopia, medicina interna, cardiología pediátrica, ortopedia pediátrica, clínica de audiología, tamiz auditivo, medicina preventiva, clínica de nutrición, pediatría, clínica de asma, tamiz metabólico, control nutricional, neonatología, oncología, detección de cáncer cervicouterino y mama, cirugía reconstructiva, odontopediatría, ortopedia adultos, neurología pediátrica y cirugía pediátrica. También forman parte de estos servicios el módulo de atención a víctimas de la violencia, estimulación oportuna y servicios amigables, estos se han dejado aparte para destacar los servicios que están dirigidos por psicólogos.

Siguiendo con la descripción, el área de hospital se encuentra dividido, a su vez, en gineco-obstetricia y monitoreo materno-infantil (AMMI). En la primera, se encuentran mujeres en etapa perinatal que no presenten complicaciones médicas, es decir, desde alrededor de la semana 28 de gestación hasta los primeros días posteriores al parto; durante el postparto, madre e hijo permanecen juntos. En AMMI, se encuentran hospitalizadas mujeres embarazadas que presentan complicaciones médicas como pueden ser preeclampsia, diabetes gestacional, entre otros; también se hospitalizan en esa

área a mujeres en etapa perinatal que presentan antecedentes que pongan en riesgo la salud de ella, de su hijo o de ambos, al momento del parto. A diferencia de gineco-obstetricia, aquí madre e hijo no pueden permanecer juntos debido a su condición médica. De manera general, las mujeres que no presentan riesgos obstétricos se hospitalizan en gineco-obstetricia, los casos contrarios se alojan en monitoreo materno-infantil.

Por otra parte, tococirugía es el área de quirófanos destinada exclusivamente a pacientes obstétricos. Ahí mismo se encuentra recuperación de labor, donde se regulan los signos vitales y las pacientes se recuperan del procedimiento quirúrgico por el que pasaron en tococirugía.

Por último, se encuentra el área de urgencias en donde se revisan las patologías gineco-obstétricas y se valoran factores de riesgo y su posible manejo inicial.

El personal de la institución y sus funciones. Continuando con el personal de la institución, ubicándolo en las áreas descritas en el apartado anterior, en el área de gobierno se encuentra el personal administrativo, la jefa del departamento de enseñanza tiene la función de gestionar y autorizar el ingreso a la institución de residentes y practicantes. La jefa del área de desarrollo organizacional, además de las funciones propias del puesto, es quien coordina a los pasantes de psicología y participa en la organización de los departamentos dirigidos por psicólogos. Funge de manera importante, pues con base en su experiencia en la institución, ubica los puntos donde es necesario ampliar el servicio de psicología, además en ocasiones es la

mediadora en la comunicación con personal médico, pues a través de llamadas se solicita la presencia de un psicólogo.

En el área de consulta externa, laboran médicos y enfermeras directamente en la atención a los servicios médicos enunciados anteriormente. Además, se encuentran dos equipos de psicología, uno en el departamento de adolescentes y otro en el departamento de violencia; el primero destinado a la atención de mujeres embarazadas en una edad temprana (menores de 19 años), esa atención se enfoca principalmente a la preparación para el parto, promoción de la lactancia materna, adopción de un método anticonceptivo durante el postparto, etcétera. En el departamento de violencia se ofrece atención psicológica a mujeres que presentan quejas de violencia en cualquiera de sus manifestaciones, también acuden a hospital para realizar tamices respecto del mismo tema.

Además, como parte del servicio de consulta externa, se encuentra la Unidad Materno-Fetal, ahí se atiende a mujeres en quienes se ha detectado factores de riesgo o patologías que tienen implicaciones en el embarazo, en la salud de la mujer, en el hijo que espera, o en ambos. En esta unidad se cuenta con tecnología médica para monitorear de manera más especializada el curso de la gestación.

Finalmente, el personal que se encuentra en el área de hospital y tococirugía tiene funciones similares. Por el lado de los médicos, además de los procedimientos quirúrgicos, se realizan valoraciones periódicamente en ambas áreas. Los enfermeros realizan monitoreos y se encargan de mantener

informados a los médicos del seguimiento de cada paciente. Puericultoras y enfermeras realizan tareas de información dirigidas a las mujeres hospitalizadas sobre métodos anticonceptivos, planificación familiar, lactancia materna, entre otros.

Descripción de la operatividad con relación a la intervención pretendida.

Contexto ambulatorio. Durante la inserción al terreno médico, el propósito consistió en incorporarse como una parte más de la institución sin dejar de lado que la prioridad es el ejercicio clínico y la investigación que lleve el paciente durante la situación clínica; es decir, lograr insertarse en la institución, terreno médico por excelencia, con un posicionamiento como clínico psicoanalítico. A partir de ahí, la tarea fue ubicar la demanda institucional y diferenciarla de la posible demanda que se pudiera emitir por alguna paciente —con las consideraciones teóricas que ello implica—, entender la experiencia de las pacientes durante el internamiento en la institución de salud, y el funcionamiento por parte del personal médico y administrativo. Todos estos elementos como parte de una misma configuración, de una misma estructura, que es el Hospital.

Como se ha mencionado, al solicitar ingreso a la institución, ya se contaba con una temática general, por lo que se definieron las áreas en las que se intervino y las pacientes a quienes se dirigió la intervención; durante la práctica clínica en la institución, se especificó la temática y el objeto de estudio. Es por este motivo que se ha enfatizado la información hacia las áreas

de hospital, recuperación de labor y unidad materno-fetal; también se ofreció información de los departamentos de psicología para dar un panorama sobre la dirección que se le da a la práctica psicológica.

Ahora, se describirá lo que se ha observado del proceso que llevan a cabo las pacientes en las áreas definidas. En el contexto ambulatorio, las pacientes acuden a revisiones médicas periódicas, el lapso entre cada una de ellas se define a partir del estado de salud en el que se encuentre la paciente. El día de su cita con el ginecólogo, en un primer momento asiste a un consultorio con la enfermera para revisar signos vitales, después de esperar cierto tiempo pasa a revisión con el médico.

Se proporcionó el consultorio de cirugía reconstructiva para realizar la intervención clínica psicoanalítica con las pacientes de esta unidad, previo acuerdo con la jefa médico de consulta externa, con la enfermera de esta unidad y con la dirección de la coordinadora de los pasantes de psicología. Mientras las pacientes esperaban uno de los dos momentos de los que consistía su cita médica, se les propuso acudir al servicio de psicología de la siguiente manera:

1. Presentación ante alguna de las pacientes que esperaban su ingreso a consultorio.
2. Invitación para acudir, antes de ingresar con la enfermera o con el médico, al consultorio destinado para atención psicológica con la explicación del servicio.

3. Si la paciente aceptaba, ya en el consultorio se realizaba una presentación formal y se explicaba que el servicio de psicología estaba destinado a ofrecerle un espacio para ella, donde podía hablar de lo que deseara, manteniendo total discreción respetando el secreto profesional. En ese momento se le daba la opción de iniciar con la sesión clínica o acordar una cita.

Contexto hospitalario. El escenario institucional condicionó la forma en que se realiza una intervención clínica psicoanalítica, pues siendo en un contexto hospitalario, se tuvo que acudir a la cama de la paciente —ubicada en una sala compartida con otras dos pacientes— y con las implicaciones que esto conlleva al posibilitar el despliegue del dispositivo en cuestión. Es decir, la naturaleza misma de la institución, centra su atención en lo real del cuerpo, los órganos; la pertinencia de la metodología propuesta se ubicó entonces, en aprovechar coyunturas en el discurso médico que justificaron la propuesta de una atención a la singularidad de las pacientes.

Las pacientes pueden ser hospitalizadas por dos vías, una mediante detección de anomalías en consulta externa, y la otra vía es cuando la mujer acude a urgencias al percibir algún síntoma o signo que la alerta sobre su salud. De ahí puede pasar directamente a tococirugía, después a hospitalización donde esperan la emisión del alta hospitalaria. Cabe mencionar que en estas áreas se indicó especial atención por la coordinadora de desarrollo organizacional. Después de acordar con las jefas de enfermeras de cada área, se procedió de la siguiente manera:

1. Acudir a central de enfermeras para notificar la presencia del psicólogo y preguntar si alguien internada había sido referida al servicio de psicología. En caso afirmativo, se acudía con las pacientes que fueron detectadas por el personal médico como posible caso de atención psicológica.
2. Se acudió con las pacientes detectadas, me presentaba y explicaba mi presencia ahí. Después de aceptar mi presencia, se proseguía con la situación clínica.
3. En el caso que no se haya referido a ninguna de las pacientes del área, se realizó un recorrido por cada cuarto; en algunas ocasiones me presentaba ante las tres pacientes que compartían el cuarto para ofrecer la atención psicológica, dependiendo de las respuestas de ellas me acercaba con alguna para continuar con la situación clínica. Otra manera fue dirigirme hacia una sola de las pacientes, con el mismo procedimiento para posibilitar una situación clínica.
4. Al finalizar, se propuso continuar con otras situaciones clínicas posterior al alta hospitalaria en contexto ambulatorio

Descripción del procedimiento para detectar las necesidades en el área a intervenir. Como ya se ha propuesto dejar en claro, la clínica es privilegiada cuando se lleva a cabo una intervención clínica psicoanalítica, la investigación del sujeto es la única que cuenta al momento de la situación clínica (Pérez, 2011). La argumentación acerca del objeto de investigación se abstrae de los hallazgos clínicos, es así que la detección de las necesidades tiene que ver principalmente con:

1. La demanda institucional de la atención psicológica en contextos hospitalarios que se detectó apremio por ello;
2. Las necesidades detectadas en contexto ambulatorio y, por último,
3. La información alrededor del objeto de investigación configurada con la experiencia en la institución.

Ampliando el primer punto, relacionado con la demanda institucional, en un primer momento ésta había sido emitida por la coordinadora de desarrollo organizacional, la atención psicológica en contexto hospitalario no había sido lo suficientemente cubierta por el personal de psicología, quienes se enfocaban en atender los departamentos que están a su cargo. Ya que la práctica clínica en hospital y tococirugía no era algo común, pareció que pasaba desapercibido por el personal que labora ahí.

El personal que inicialmente parecía desestimar la necesidad de la atención psicológica, pasó por un estado sorpresivo sobre la duración de la situación clínica, debido a la observación de que las pacientes tenían algo que decir, incluso las que parecían estar tranquilas antes de la situación clínica. Ese estado sorpresivo permitió una transición de la desestimación de la atención psicológica a la transmisión de demandas a través del voceo solicitando personal de psicología, o mediante llamadas a la coordinadora de los pasantes de psicología para solicitar mi presencia. Otra de las emisiones de la demanda que fueron directas hacia mi persona tuvieron que ver con los comentarios de las enfermeras cuando al llegar a la central de enfermeras,

referían que estaban esperando mi presencia porque se encontraba alguna paciente con ciertas características y consideraban necesaria la atención.

Del segundo punto no se tuvo la demanda que se presentó en contexto hospitalario, al contrario, la enfermera consideró que el procedimiento para la canalización de las pacientes entorpecía el procedimiento para la cita con el ginecólogo, por lo cual la situación clínica se realizó con presiones por la duración o por disposición de la enfermera para permitir que alguna paciente acudiera a consultorio. Por parte de las pacientes, fue complicado cambiar el sentido por el cual aceptaron acudir a la situación clínica “para no sentir tan larga la espera para pasar con el doctor”, se prosiguió con la práctica clínica en contexto ambulatorio por algunos meses; sin embargo, paulatinamente solo se acudió con las pacientes con quienes se acordó previa cita o con las pacientes que lo decidían después de emitida el alta hospitalaria. En conclusión, la intervención clínica en contexto ambulatorio sólo se dispuso para pacientes en seguimiento.

Sobre el tercer punto, como ya se había mencionado, al ingresar a la institución se contaba con una delimitación general del tema de investigación, durante la práctica clínica se delimitó en función de la demanda institucional y los hallazgos clínicos, la cual resultó en el análisis de los procesos psíquicos de mujeres hospitalizadas por diagnósticos que indican pérdida gestacional. Este último término se seleccionó abarcando los casos clínicos en los que el hijo muere en cualquier etapa de la gestación; partiendo de ese punto, se

proporciona información con la que se explica los procedimientos médicos que experimentan las pacientes.

Por *pérdida gestacional* se entiende “aquel embarazo que no culmina en el nacimiento de un nuevo ser humano por su interrupción prematura; es decir, cuando el feto muere antes o durante el parto y post parto” (Ministerio de Salud, 2011). Sin embargo, para efectos de la investigación-intervención, se excluyen los casos en los que el feto muere durante el postparto.

En la institución médica no se diagnostica a las pacientes con pérdida gestacional, más bien utilizan nomenclaturas que indican las características de la pérdida o el tratamiento médico al cual fue sometida, por ejemplo, *postliu* (pos-legrado intrauterino) —indica que la paciente ha pasado por un legrado intrauterino, aborto incompleto, óbito, entre otros. Estas categorías diagnósticas dependen de la semana de gestación y las características que presenta el feto cuando muere. También pueden ubicarse como estadios de la pérdida gestacional, los cuales son: amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto, aborto inminente, aborto completo, aborto diferido o huevo muerto y retenido, aborto séptico, óbito, y aborto habitual.

Es importante indicar que no se trabajó con mujeres que hayan decidido interrumpir su embarazo, el aborto inducido “la terminación del embarazo debida a una intervención hecha deliberadamente con esa finalidad” (OMS, 2003); a diferencia de la pérdidas gestacional, “la mujer ha hecho patente su determinación de no tener un hijo al producirse el embarazo” (OMS, 1999).

Posiblemente, la disposición legislativa en cuanto al aborto en estado San Luis Potosí, haya influido para no identificar algún caso de aborto inducido.

Aclarado el punto anterior, se prosigue con el tema de la pérdida gestacional y los diagnósticos que se incluyen dentro de esa acepción. El aborto es definido como “la terminación del embarazo, cualquiera que sea su causa, antes de que el feto esté capacitado para la vida extrauterina” (OMS, 2003); mientras que el aborto espontáneo, particularmente se refiere a “la terminación del embarazo sin una intervención deliberada” (OMS, 1999); sin embargo, algunos autores o instituciones como la Secretaria de Salud (2009), especifican que un aborto espontáneo implica la expulsión del producto “antes de la vigésima semana de gestación o que el feto tenga un peso menor a 500 grs.” (p. 36).

El aborto incompleto, por su parte, se refiere a mujeres que necesitan un tratamiento de emergencia a causa de las consecuencias de un aborto. Esa designación, así como productos retenidos de la concepción (o también, huevo muerto o retenido), indica que el embarazo ha dejado de ser viable a causa de la expulsión de ciertos tejidos, pese a que en el interior del útero sigue habiendo algunos productos de la concepción. Por consiguiente, habrá que evacuar el tejido intrauterino restante a fin de reducir las probabilidades de infección u otras complicaciones graves (OMS, 1999).

Mientras que en el aborto completo “se presenta expulsión completa del producto de la concepción, generalmente se produce en gestaciones menores a

10 semanas, también se presenta disminución de la hemorragia y el dolor” (Cassasco y Pietrantonio, 2008).

Los indicados hasta aquí —aborto, aborto incompleto, aborto completo, productos retenidos de la concepción—, son los diagnósticos más utilizados en la institución. Finalmente, el óbito fetal hace referencia a la muerte del feto en etapas avanzadas de la gestación.

En los casos en que la pérdida del producto de la concepción es perdido espontánea y consecutivamente durante tres o más gestaciones antes de las 22 semanas, se considera aborto habitual (Cassasco y Pietrantonio, 2008); sin embargo, algunos autores o instituciones aseguran que un aborto habitual debe ser diagnosticado incluso cuando las pérdidas no son consecutivas.

Los síntomas que indican una posible pérdida gestacional son los antecedentes de atraso menstrual, dolor cólico en hipogastrio y genitorragia (Cassasco y Pietrantonio, 2008). Las causas relacionadas con la pérdida gestacional no se encuentran médicamente especificadas, existen varios factores asociados a ello, sin embargo, no se puede hablar de alguna causa identificable. Entre los factores que se incluyen a la pérdida gestacional recurrentes son los anatómicos, endocrinos, genéticos, infecciosos e inmunológicos; aunque entre 40 y 50% de las pacientes que lo sufren no tendrá alguna causa identificable (Baptista y cols, 2010).

Cifras de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), indican que en México, 66 de cada 100 mujeres en edad reproductiva han

estado embarazadas por lo menos una vez, los abortos¹ representaron 7.6% del total de los eventos y 1.1% correspondió a mortinatos (INEGI, 2011, p. 21).

En lo que se refiere a los tratamientos médicos, existen varias opciones, entre las cuales destacan la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y el Legrado Uterino Instrumental (LUI); para cada uno de los anteriores hay especificaciones médicas que van a justificar el uso de la técnica (Cassasco y Pietrantonio, 2008). En los casos de óbito fetal, se inducen contracciones para provocar el parto del feto muerto.

La Secretaria de Salud (2009) identifica la culpabilidad como una de las consecuencias emocionales del aborto, a lo cual, para disminuir ese sentimiento, recomiendan brindar información que indiquen que las causas son orgánicas y la probabilidad que tiene cada mujer de que le ocurra. Pero en una intervención clínica psicoanalítica, dar lugar al sujeto, como lo indica Pujó (1992), implica poner en suspenso todas aquellas respuestas preestablecidas, los saberes, las recomendaciones, lo que suponen deben o no hacer, es decir, des-suponer el saber de la institución, y es así como se abre la posibilidad de ofrecer un lugar a lo inesperado de una singularidad.

A partir de lo expuesto hasta el momento y siguiendo las argumentaciones de Uzorskis (1995), la apuesta en la clínica de la subjetividad en la enfermedad médica implica sostener en el terreno médico una intervención articulada con la teoría y la clínica psicoanalítica, la habilidad de

¹ En esta fuente, el aborto es considerado como la muerte del hijo durante el embarazo, sin importar el momento de la gestación.

insertar la práctica psicoanalítica ante las incidencias que sobrevengan a partir de la enfermedad médica, pérdida gestacional en este caso, pensando cuales elementos ir desplegando en la puesta en acto de la situación analítica. El mismo autor define el concepto de clínica (*kliné*), el cual implica el acercamiento al paciente que yace en una cama, deteniéndose con atención ante el sufrimiento del enfermo.

Indicios de la demanda sobre lo que el proyecto ofrece. De acuerdo con Pujó (1992), el hospital tiene un doble valor, uno como ámbito de segregación y el otro de refugio, este último en el sentido de que alberga una cantidad de demandas que exceden las respuestas que puede abordar la formación del médico; la función del hospital lo predispone a ocupar el lugar de un destinatario privilegiado de esas demandas, las cuales pueden tomar diversas formas. En el caso concreto de México, las funciones del hospital.

Entonces, siguiendo lo expuesto por Pujó (1992), la relación que se establece con el hospital no es “natural”, como lo es la relación del médico y el hospital; la relación con el clínico surgirá en el vínculo de una relación social singularizada, en el contexto de un diálogo no institucionalizado, la cual aparece en la especificidad de cada situación clínica. En efecto, la atención médica tiende a ser inmediata y eficaz dirigida a disminuir el riesgo para la salud dada la condición médica, se interviene sobre el cuerpo de la disección anatómica del que hablan Rojas y Loos (2007; citado en Rojas y Vega, 2008).

Mientras que esta intervención se enmarcó en una atención a la urgencia, en el sentido que este fenómeno acontece sin ninguna premeditación

que haga contemplar la idea de una posible muerte del hijo, pues en la mayoría de los casos se trata de una irrupción súbita. Así, enfrentados a este contexto, la intervención se promovió en una atención a la urgencia. Precisamente sobre este último término es útil el aporte de Marrelo (1998), en cuanto a señalar que durante la práctica clínica se es testigo de algo que “no anda”, es decir, se trata del trauma que cuando se habla, topa con lo indecible. Las posibilidades de la intervención clínica psicoanalítica a este respecto, implica, de acuerdo con Rojas y Vega (2008), “entretejer una red de contención para hacer frente al vacío” (p. 7) asumiendo que debe generarse en un plano simbólico, a partir de que otro le escucha y le habla.

Pujó (1992), considera que en la medida que el clínico pueda escuchar un deseo que no está en relación a la condición médica y cuando esta se escucha por el personal médico, es cuando se ven confrontados con una demanda que supera sus desarrollos tecnológicos:

Se ocupa de aquello que es dejado de lado en esa institución, aquello que escapa a esa totalidad, aquello que falta, dando lugar a la singularidad del sujeto, a la particularidad de su deseo, aquello que, inconmensurable, se opone absolutamente a cualquier cuantificación o a cualquier comparación, por no ser siquiera idéntico a sí mismo (parr. 54).

Conclusiones del diagnóstico situacional

La información anterior explica el fenómeno médico de la pérdida gestacional; lo que resta es aportar información de la experiencia de las pacientes en este sentido, configurado con la experiencia del internamiento.

Cuando se ingresa al hospital, el personal médico realiza estudios médicos para valorar el estado de salud en el que se encuentra tanto ella como el hijo; si en estos estudios se encuentra que el hijo ha muerto, las mujeres pasan por los procedimientos médicos correspondientes ante el diagnóstico relativo a la pérdida. Posterior a un legrado, por ejemplo, o a cualquier otro procedimiento, son llevadas a salas de recuperación y después pasan a hospital. Las pacientes permanecen la mayor parte del tiempo sin contacto con sus familiares, debido a una política institucional que sólo permite visitas dos veces al día durante una hora o menos; esa condición, pareciera facilitar la magnificación de las incidencias sobrevenidas por la muerte del hijo.

Es sabido que durante el embarazo se producen movimientos psíquicos en los que se reeditan aspectos sobre la experiencia preedípica y edípica, lo cual puede ubicarse a través de las fantasías en torno al hijo y el ser madre, representaciones del nuevo bebé, investidura libidinal del hijo por parte de la madre, etcétera; sin embargo, hay casos en los cuales sobreviene la pérdida súbita del hijo durante el embarazo, es ante este panorama que surge la pregunta sobre qué procesos psíquicos se desencadenan ante esa configuración, considerando que los movimientos psíquicos y su propia feminidad indican preparación y anticipación del encuentro entre ella y el hijo, incluso antes del embarazo.

La muerte inesperada del hijo implica un desencadenamiento de conmociones pulsionales suscitadas por dos pérdidas, una real en el sentido

que el hijo ha muerto, y otra de naturaleza ideal², pues además de enfrentarse a la muerte real, la mujer se siente en peligro de una pérdida de amor.

A lo anterior se suman ciertas condiciones y características de la institución de salud; para dar cuenta de ello, se ha llamado *pasaje hospitalario* a la identificación de tres sucesos cruciales, según lo vivenciado por las pacientes en distintos momentos del internamiento.

En el primer suceso se observó la posibilidad de las pacientes para historizar el evento alrededor del cual se contempló que podía ser posible la muerte de su hijo, por ejemplo, sangrados, la expulsión del feto o restos placentarios. Otro suceso refiere a la condición en la que permanecen las pacientes durante la hospitalización, pues como se mencionó anteriormente, mientras se interviene quirúrgicamente obviamente no es posible la presencia de familiares y, sumado a ello, el poco tiempo que tienen la posibilidad de contacto con ellos genera una situación de incertidumbre en la que imaginan lo peor acerca de la reacción que tendrían sus familiares por la “falla” que supone ha cometido. Finalmente, el tercer suceso se ubica al momento del reencuentro con sus familiares, aquí se identifica un cambio importante en el discurso de las pacientes, antes de encontrarse con ellos, se mantiene un discurso cargado de tragedia; mientras que en pacientes con quienes se desarrolló la situación

² Considerando la argumentación de Freud en *Duelo y Melancolía* (1917) “El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (p.241).

clínica posterior al encuentro con familiares, pareciera que las incidencias a nivel psíquico han cedido y no manifiestan gran malestar.

Las significaciones que cada mujer puede presentar ante este evento no son ni homogéneas, ni lineales, de lo cual depende que la pérdida gestacional se viva como un evento crítico, pero superable o un drama que conmociona y desestabiliza su equilibrio psíquico.

De acuerdo con Uzorskis (1995), en un servicio de urgencia hospitalaria se requieren cuidados rápidos y eficaces que apunten a la reequilibración del organismo, en ese campo en el que el apremio por el cuidado urgente dirigido a los órganos y que no implica ninguna clase de vinculación con el paciente, por el lado de la clínica psicoanalítica se trata de crear un campo en donde haya cabida para la atención a la singularidad ante las condiciones desencadenadas en el pasaje hospitalario mediante la emergencia de la palabra y la escucha analítica.

CAPÍTULO DOS

Diseño de la intervención

Esquema del diagnóstico y conclusiones

El objetivo del diagnóstico situacional fue identificar situaciones en donde se presente la necesidad y la oportunidad de poner en marcha un Dispositivo de Intervención con Fundamentación Psicoanalítica, a través de la inserción al terreno médico. La vía metodológica para lograrlo ha sido sustentado en la propuesta de Rojas, Reyes y Méndez (2011), sobre el trabajo investigativo en la universidad, el cual es fundamentado desde la teoría psicoanalítica. El dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica³, como propuesta metodológica de la presente investigación-intervención, está sustentado en dos niveles, sirve para formalizar las prácticas necesarias para hacer frente a la situación detectada en el diagnóstico situacional y teorizar acerca de los efectos de la práctica clínica, es decir, evaluar la intervención.

De acuerdo con el primer nivel de la propuesta metodológica, la inserción al terreno médico corresponde al elemento que sirvió para conformar el diagnóstico situacional, con base en los objetivos planteados, para justificar la inserción al terreno médico al desplegar una práctica clínica psicoanalítica sin

³ Propuesta que se formaliza principalmente en el artículo de Rojas y Vega (2008), en donde se argumenta desde diversos autores la conceptualización del dispositivo psicoanalítico. Además, se puede rastrear a través de los trabajos que conforman la línea de investigación de la Dra. Carmen Rojas Hernández, por mencionar algunos: De Ávila (2009), Pérez (2011), Macías (2012), Rojas (2012).

perder de vista que el apremio por la atención a los órganos es indispensable en estas instituciones; sin embargo, se oferta el lugar a un campo de encuentro para la atención de la singularidad, a través de los puntos de disyunción con la práctica médica.

A través de los instrumentos utilizados para el diagnóstico situacional, la entrevista clínica y la observación principalmente, se decidió tener como objeto de intervención a las pacientes internadas en el hospital por diagnósticos que indiquen pérdida gestacional, en donde se identificaron tres sucesos cruciales y se le denominó pasaje hospitalario al conjunto de estos sucesos. Los sucesos identificados fueron los siguientes:

1. Se observó sobre las posibilidades de historizar el momento en el cual perciben de manera contundente que algo anda mal con relación a su embarazo, en este momento se perciben indicadores de una pérdida gestacional como sangrados, expulsión de formaciones placentarias, etcétera.
2. Este corresponde a la condición de aislamiento debido a políticas institucionales que permite visitas de familiares dos veces al día durante una hora o menos cada una, esta condición magnifica las incidencias psíquicas acaecidas por la pérdida gestacional.
3. Finalmente, este punto tiene que ver con el reencuentro con sus familiares después de pasar horas sin verlos desde la intervención quirúrgica, cuando sucede este reencuentro pareciera que las incidencias sobrevenidas ceden en su severidad.

Entonces, el diagnóstico situacional y la inserción al terreno médico es, en términos formales, un primer paso para posibilitar el despliegue de la situación clínica; los elementos de esta última se exponen en el presente apartado.

Objetivos de la intervención

Objetivo de investigación. Analizar los procesos psíquicos desencadenados en el pasaje hospitalario.

Objetivo clínico. Posibilitar la puesta en marcha de un dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica para la atención a los procesos psíquicos desencadenados en el pasaje hospitalario.

Modelo teórico de la intervención

La intervención que se propone ha sido delimitada como una intervención clínica que se sustenta en la teoría psicoanalítica. Esta última ha sido definida por Freud (1926/1979) en dos niveles, el primero como método particular para el tratamiento de las neurosis, y una ciencia de los procesos anímicos inconscientes. Para llegar a esa definición, Freud reconoce que fue producto de una larga historia, la cual, en términos formales, se remite al antecedente en sus trabajos de *Estudios sobre la histeria* (1893-1895/1978), y a lo largo del trabajo clínico de Freud, la teoría y el método del psicoanálisis fue modificándose. En un inicio, el trabajo de Breuer se enfocaba en la formación de sintomatología de la histeria y ubicar los momentos que llevaron a producirlos, manteniéndose en la creencia que recordar y abreaccionar mediante la hipnosis, era el objetivo de la técnica. Al trabajo desarrollado por

Breuer y que posteriormente se retomó junto a Freud, fue denominado Teoría de la catarsis (Freud, 1914/1979).

Gracias al trabajo con hipnosis, se permitió esclarecer que existían elementos inconscientes que fungían parte importante en la génesis de los síntomas. Sin embargo, al notar que los resultados no eran duraderos, Freud, ya en este momento apartado de Breuer, decide modificar la técnica, siendo a partir de ese momento, la propia del psicoanálisis: asociación libre; con el objetivo de que las ocurrencias libres del paciente permitieran vencer las resistencias ante la represión (Freud, 1914/1979; Freud, 1915/1979).

Entre las implicaciones de mayor relevancia ante el cambio de técnica, se encuentra el dejar de lado el poder de la sugestión para ceder al paciente la decisión y responsabilidad de sus actos. Otro elemento versa sobre la atribución a la información que se podía ofrecer al paciente sobre el trauma infantil olvidado, apostando que mediante el conocimiento acerca de ello, se podría llevar el tratamiento de la neurosis a un eficaz término. De ahí que se cuestionaban los motivos por los cuáles, después de hacerle de su conocimiento la vivencia traumática, el paciente seguía comportándose de la misma manera. Partiendo de esa problemática, se concedió mayor atención a las resistencias y al curso que se tendría que tomar en el tratamiento para vencerlas (Freud, 1913/1979).

Posteriormente, durante el tratamiento en el trabajo sobre las resistencias, las modificaciones de la técnica se tornaron en esperar —mediante las intervenciones— que el paciente aceptara el material reprimido, en lugar de

ofrecer la información acerca de ese evento traumático, era una especie de aceptación intelectual de la represión:

Proporcionamos al enfermo la representación-expectativa conciente por semejanza con la cual descubrirá en sí mismo la representación inconciente reprimida. He ahí el auxilio intelectual que le facilita superar las resistencias entre conciente e inconciente. Les observo, de pasada, que no es el único mecanismo empleado en la cura analítica; en efecto, todos ustedes conocen otro más poderoso, basado en el empleo de la transferencia (Freud, 1910/1979, p. 133).

Aquí se empieza a reconocer que el motor indispensable durante el proceso analítico es el deseo del paciente, del cual emerge la demanda, y el mecanismo para posibilitarlo es la transferencia (Freud, 1913/1979).

Freud (1917/1979) define a la transferencia como los “sentimientos que se manifiestan sobre la persona del médico” (p. 133). Durante el tratamiento, es esta misma la herramienta para posibilitar la desaparición de los síntomas, sólo que estos efectos se remiten al tiempo en el que esta subsista, si se sigue por este camino, se remitirá únicamente a un nivel de sugestión y no a un nivel analítico (Freud, 1913/1979); en cambio, conociendo la técnica, llega a posibilitar el trabajo sobre las resistencias, y en consecuencia, la cancelación de la represión.

Algunos años después, a partir de las elucidaciones clínicas, se llevan a cabo modificaciones al concepto de la transferencia, incluyendo el factor estructural, definiéndolo de la siguiente manera:

La llamativa peculiaridad de los neuróticos de desarrollar hacia su médico vínculos afectivos de naturaleza tanto tierna como hostil, vínculos que no se fundan en la situación real, sino que provienen del vínculo con los progenitores (complejo de Edipo) de los pacientes. La transferencia es una prueba de que el adulto no ha superado todavía su dependencia infantil de antaño; coincide con aquel poder que ha recibido el nombre de «sugestión». Su manejo, que el médico debe aprender, es lo único que permite mover a los enfermos a superar sus resistencias internas y a cancelar sus represiones (Freud, 1926/1979; p. 256).

Justificación

Hasta aquí, se ha abordado el encuadre por el que es posible conducir estrictamente una terapia analítica, reconociendo la transferencia como su pivote. Sin embargo, ante las características institucionales que prevalecen y mi formación, no es posible emprender un psicoanálisis, suficiente con la siguiente afirmación de Freud (1913/1979):

La transferencia a menudo basta por sí sola para eliminar los síntomas del padecer, pero ello de manera sólo provisional, mientras ella misma subsista. Así sería sólo un tratamiento sugestivo, no un psicoanálisis. Merecerá este último nombre únicamente si la transferencia ha empleado su intensidad para vencer las resistencias (pp. 143-144).

Es innegable que el hecho de que exista un paciente sufriendo en una cama de hospital, le sea considerado excluido de una Intervención Clínica con

Fundamentación Psicoanalítica, eso por el lado del paciente, y por el lado del clínico, ante la situación institucional dada, es indispensable cuestionar la definición de esta práctica clínica que ha sido calificada como psicoanalítica, para delimitar el posicionamiento en el despliegue de la situación clínica. Es decir, que el encuentro con ese paciente no descarte automáticamente la práctica clínica psicoanalítica o que sólo se crea que podría tener efectividad el remitirse a convencerla de elegir un método anticonceptivo, que no debe sentir culpa porque cada mujer embarazada tiene 3% de posibilidades de abortar, o que fluctúe entre los diversos entrenamientos de relajación, técnicas de afrontamiento, etcétera. Ceder a ello, sería como en palabras de Freud (1919/1979), “se afanan en que todo le sea lo más grato posible al enfermo sólo a fin de que se sienta a gusto” (pp. 159-160).

De acuerdo con Rojas y Rojas (2011), cada vez obtienen mayor reconocimiento las necesidades y las posibilidades de la clínica con relación a la atención de la subjetividad de pacientes en quienes es indispensable la atención médica y que por su padecimiento necesitan de internamiento hospitalario.

En el trabajo *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*, Freud (1919/1979) contempla las nuevas direcciones que podría desarrollarse en el análisis psicoanalítico, para ello utiliza ejemplos de la fobia y en los que denomina casos graves de acciones obsesivas. Afirma que puede ser posible la creación de lugares que permitan la aplicación del psicoanálisis a grandes masas de hombres, “cuando eso suceda, se nos planteará la tarea de adecuar

nuestra técnica a las nuevas condiciones... sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso, ajeno a todo partidismo” (p. 163).

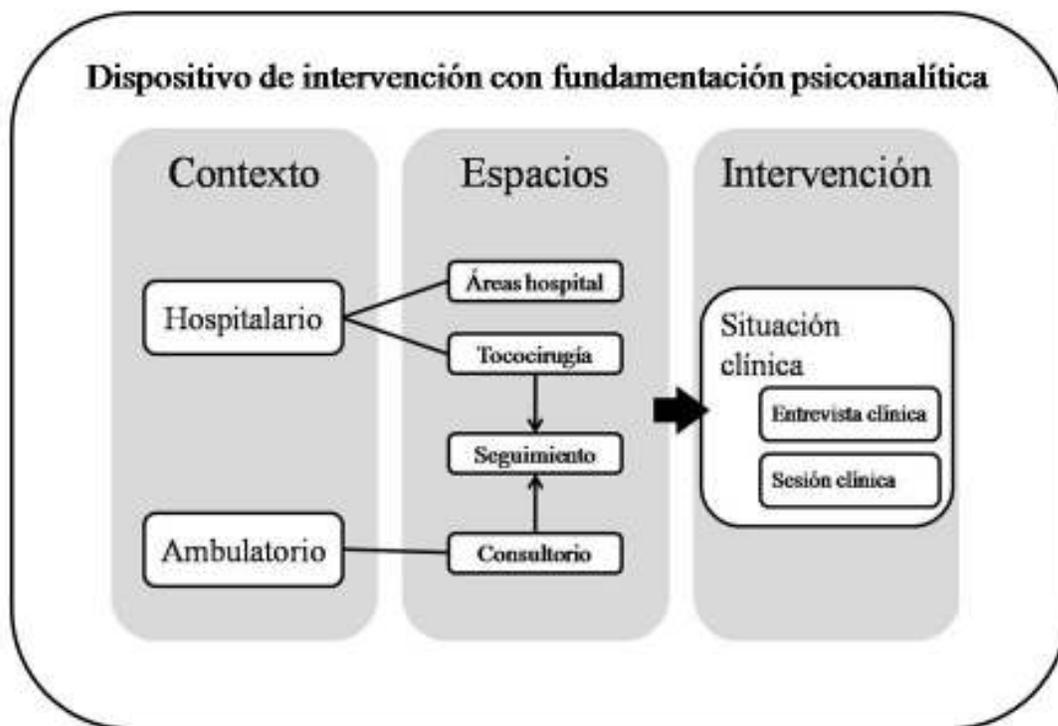
A este respecto, una de las propuestas importantes de este trabajo, como ya se indicó anteriormente, es el de Rojas y Vega (2008), las autoras afirman que el tratamiento es un proceso en que se busca llevar al registro del lenguaje lo que duele, simbolizar la vivencia inscrita como sufrimiento del que no había un equivalente simbólico. Lo anterior, bajo el argumento de que el padecimiento inicia en el cuerpo, pero se desata en el lenguaje, por lo tanto, en el lenguaje es donde se pueden encontrar los límites que permitan restaurar el orden para su bienestar. Este es el punto que se ha identificado en el pasaje hospitalario, la imposibilidad de historizar el evento de la muerte del hijo por tratarse de una irrupción súbita que emana desde sus órganos, hablese de sangrados, expulsión de formaciones placentarias, etc., y sumándole la condición de aislamiento, relacionarse con personas significativas sólo a través de sus fantasías que advienen en el sentido de una falla.

Enfrentado a ello, la clínica enmarcada en el escenario institucional, lo cual implica que no se va a presentar una demanda dirigida hacia mí como clínico, sino que más bien estoy ahí para darle un abordaje a una demanda puesta en la institución, y ante esa configuración, el intento es que en las condiciones específicas de cada encuentro se posibilite la emergencia de la situación clínica mediante ciertos elementos y con la propuesta metodológica se formalizan y dan cuenta de mi posicionamiento.

Diseño de intervención

En este trabajo, se entiende que el Dispositivo de Intervención con Fundamentación Psicoanalítica implica la atención a la urgencia ante los procesos psíquicos desencadenados en el pasaje hospitalario, mediante elementos del método psicoanalítico –la palabra y la escucha analítica– y con las condiciones –contextuales o implícitas– preponderantes en la institución, articulado metodológicamente con los objetivos planteados en la investigación-intervención.

Figura 1. Diseño gráfico de intervención.



La figura 1 da cuenta del diseño en términos gráficos de la intervención

Como se observa en la figura 1, la intervención puede ser en contexto hospitalario o en contexto ambulatorio. El contexto hospitalario refiere a los casos que el encuentro se da en los espacios de hospital o tococirugía,

acudiendo a la cama de la paciente. En cambio, el contexto ambulatorio refiere a los casos en que las pacientes atendidas en contexto hospitalario acceden a continuar con sesiones de seguimiento en el espacio del consultorio asignado por la institución en consulta externa. En ambos casos la intervención consiste en el despliegue de la situación clínica⁴, la cual está formada por la entrevista clínica y la sesión clínica. Todo lo anterior enmarcado en el dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica y el elemento que corresponden a la intervención.

El elemento del Dispositivo de Intervención con Fundamentación Psicoanalítica correspondiente al diseño de la intervención, consiste en definir, a su vez, los elementos preponderantes en la situación clínica; los cuales son: (a) las funciones de contención y (b) la emergencia de la palabra y la escucha analítica, que consistieron en priorizar la reintroducción de la dimensión de la palabra como elemento discursivo. Esto es, en el contexto hospitalario generalmente el apremio por la atención al cuerpo deja de lado la atención a la singularidad durante el internamiento, de ahí que se haya enfocado a la atención de las conmociones pulsionales suscitadas por la muerte súbita del hijo y como consecuencia del pasaje hospitalario.

De acuerdo con Rojas y De Ávila (2010), es establecer una escucha analítica lo que permite al paciente replantear construcciones simbólicas para sortear las amenazas que el padecimiento hace surgir, preservar su

⁴ En el apartado correspondiente a las estrategias de intervención se ofrece la definición a este término y otros más que se utilizan en el diseño de intervención.

constitución psicológica, y en consecuencia, sea capaz de retomar aspectos sobre lo que le acontece. Rojas y Vega (2008) afirman que una de las tareas del psicoanalista en el hospital es tratar de poner en palabras el sentir del paciente, en especial cuando se trata de dolor. Por su parte, Garrido (2013) sostiene que la palabra obtiene una respuesta a condición de que haya una escucha, y que es precisamente a través de la función de la escucha y de la palabra que se puede interrogar la especificidad del dispositivo sustentado en el psicoanálisis.

Estrategias para la intervención

Retomando lo que se ha venido exponiendo, en especial sobre el modelo de intervención, y considerando que la población atendida son mujeres hospitalizadas por diagnóstico que indica pérdida gestacional, es necesario definir que desde una perspectiva psicoanalítica, se trata de mujeres que por su experiencia en torno al padecimiento médico, su yo se encuentra debilitado por el conflicto interior, con esta intervención clínica se apunta a ofrecer funciones de contención ante las conmociones pulsionales que emanan del ello, debido a lo súbito que se ha presentado, en la mayoría de los casos, el evento de la pérdida gestacional.

Atendiendo el planteamiento anterior sobre la necesidad y la posibilidad de intervenir con pacientes que necesitan de manera privilegiada la atención médica y la hospitalización, se considera que actualmente es indispensable pensar en nuevas formas de intervención y modos de comprender la atención a la singularidad, el psicoanálisis, de acuerdo con Pinto (2008) “en tanto inserto

en el mundo que nos rodea, no puede permanecer indiferente a los conflictos propios de la realidad social” (p. 305). Ante esa discusión queda pendiente argumentar lo que se ha venido denominando situación clínica y el posicionamiento que ahí se mantiene.

Cuando se realiza intervención clínica en el escenario hospitalario, se encuentra con un paciente que acude a la institución en busca de una cura a su padecimiento, en la mayoría de los casos, el cuestionamiento acerca de sí mismo y el origen de su malestar no van a cobrar importancia, percibir resultados rápidos y tangibles es el objetivo de la mayoría de los tratamientos. De acuerdo con Arriega y cols, (2008), quienes deciden realizar intervenciones en espacios institucionales, asisten en el restablecimiento de lazo social, creando condiciones que permitan que lo que tiene que decir el paciente, se enuncie sin constricciones.

Lo que se considera tiene que privilegiarse en las intervenciones con fundamentación psicoanalítica, es el espacio para que la palabra emerja y se promueva la escucha, y no dejarse influir por las exigencias que podría imponer la naturaleza misma de la institución que deja de lado la singularidad de cada paciente, se remite sólo a la atención del cuerpo, en tanto órganos.

Se sigue la misma lógica de Pinto (2008), en donde plantea que tanto la cultura como la institución son territorios conflictivos, formaciones de compromiso donde los sentimientos de malestar y bienestar de cada uno de los miembros son puestos en juego, el personal de las instituciones, fundan las relaciones con el paciente con base al dominio, se conciben como poseedores

del saber, le quita la responsabilidad al paciente y lo más importante, desestima su discurso. En cambio, durante la intervención clínica psicoanalítica, se trabaja con la singularidad de cada caso, reconociendo al paciente en la escucha y sus actos.

Este posicionamiento, es lo que va a definir la situación clínica, Rivas (2008) lo define como una creación fuera de la organización administrativa, aunque esté de hecho contenido en ella. La situación clínica va a ser construida basándose en los elementos presentes en la institución, tomando en cuenta que la institución puede introducir elementos que desvíen al clínico en su escucha, la transferencia está puesta en la institución y se tiene que diferenciar de la transferencia como clínico, dejar fuera las demandas institucionales en el momento de la situación clínica y, finalmente, entre el clínico y el paciente circula la palabra que puede restaurar los límites que se perdieron en la experiencia del paciente en el pasaje hospitalario.

En el despliegue de la situación clínica, en primera instancia se lleva a cabo una entrevista clínica y, posteriormente, si es posible, se continúa con la sesión clínica. Para cada uno de estos niveles, a continuación se describen los objetivos a los que se remite con cada uno de ellos.

En la entrevista clínica, de lo que se trata es de: (a) indagar sobre el síntoma y sus primeras manifestaciones, (b) investigar acerca de la conciencia de la enfermedad, o sobre las fantasías de curación y, por último, (c) posibilitar la formulación de la demanda. Como se mencionó en el capítulo uno, en cada encuentro la situación clínica es distinta, en ocasiones se puede quedar sólo al

nivel de una entrevista clínica, en otras casi de manera inmediata se inscribe en la sesión clínica, o se fluctúa entre una y otra; es decir, la entrevista clínica y la sesión clínica no están delimitadas temporalmente. La entrevista clínica se definió en el primer capítulo⁵, en cuanto a la sesión clínica, se tiene el objetivo de que el paciente asocie libremente para traducir a una cuestión simbólica su padecimiento, es decir, sustituir con palabras aquello que parece siniestro. En suma, en la situación clínica se configura un campo de apropiación, por parte del paciente, de su singularidad; un campo en el que la institución médica no tiene cabida.

Plan de acción

A continuación, basado en lo expuesto en el apartado correspondiente al diseño de intervención, se presentan las fases de la intervención:

A. Contexto hospitalario

1. Fase de intervención clínica

- Se acude a la central de enfermeras para preguntar si hay pacientes que hayan sido referidos al servicio de psicología; si es el caso, se acude con las pacientes identificadas, de lo contrario, se procede a dar un recorrido por los cuartos de hospital.

⁵ Según Etchegoyen (2002), el clínico debe lograr con sus presencia “facilitar al entrevistado la libre expresión de sus procesos mentales” (p. 66), propiciar la mayor libertad para expresarse, para mostrarse como es, “pretende ver cómo funciona un individuo, y no cómo *dice* que funciona” (p. 66), ya que si el paciente estuviera en condiciones de ofrecer información fidedigna de cómo es él, cómo funciona, la entrevista sería innecesaria; entonces, con la entrevista clínica se puede indagar lo que el entrevistado *no* sabe de sí mismo.

- Cuando se acude con una paciente, manteniendo la distancia, se pide su permiso para acercarse, se realiza una presentación formal y se explica en qué consiste la situación clínica.
- Dependiendo de las respuestas de la paciente, se procede con el desarrollo de la situación clínica.
- Para finalizar, se plantea la opción de seguir asistiendo al servicio de psicología en consulta externa, se le solicita su número telefónico.
- Días después se realiza una llamada para proporcionarle el número de contacto si en algún momento quiere regresar o en ese mismo momento, se define fecha de sesión de seguimiento.

B. Contexto ambulatorio

1. Fase de intervención clínica

- Se llama a la paciente días después de haberse emitido el alta hospitalaria, se ofrece el número telefónico de contacto si en algún momento desea concretar una cita. Igualmente, es posible definir horario para sesión de seguimiento si así lo indica.
- Durante las sesiones de seguimiento, igualmente se desarrolla la situación clínica.

CAPÍTULO TRES

Implementación de la intervención

A continuación, se presenta una síntesis de lo expuesto en el diseño de la intervención, para posteriormente presentar el cronograma y el reporte de intervención.

Los objetivos propuestos se encuentran en dos niveles, el de investigación consiste en analizar los procesos psíquicos desencadenados en el pasaje hospitalario, y por el lado clínico, posibilitar la puesta en marcha de un dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica para la atención a los procesos psíquicos desencadenados en el pasaje hospitalario.

Se planteó el modelo teórico de intervención, para lo cual se ofrecieron argumentos de la obra de Freud que versan sobre el psicoanálisis y la técnica que de esa teoría se desprende. El psicoanálisis se define en dos niveles el primero como método particular para el tratamiento de las neurosis, y una ciencia de los procesos anímicos inconscientes (Freud, 1926/1979). Sin embargo, es reconocido por el autor que esa definición es conclusión de una laboriosa evolución, al principio, junto a Breuer, el objetivo de la técnica era abreaccionar mediante la hipnosis. Al notar que los efectos no eran duraderos, se modifica la técnica por la asociación libre, el análisis clínico iba mostrando la utilidad de la transferencia como pivote para vencer la resistencia y cancelar la represión. Entre las implicaciones de mayor relevancia se encuentra el conceder al paciente la decisión y responsabilidad de sus actos.

Definiendo en lo que consiste la técnica psicoanalítica y reconociendo la transferencia como el pivote de su conducción, se concluyó que por las características institucionales y la formación personal, no es posible emprender un psicoanálisis, la práctica realizada se define como clínica fundamentada en el método psicoanalítico, pues durante la situación clínica se mantiene un posicionamiento que privilegia la emergencia de la palabra y la escucha analítica en una atención a la singularidad. Además, se plantea que el mismo Freud (1919/1979) anticipó que era posible la creación de nuevas direcciones en el análisis psicoanalítico y la adaptación de su técnica, para aplicarlo en lugares que ofrecieran esa atención a grandes masas de hombres.

La propuesta planteada en el diseño de la intervención es la atención a la urgencia ante los procesos psíquicos desencadenados en el pasaje hospitalario, mediante funciones de contención, la palabra y la escucha analítica, todo ello configurado en las condiciones institucionales presentadas.

La intervención clínica se realizó en dos contextos (1) el hospitalario, en los espacios de hospital y recuperación de labor; y (2) el ambulatorio, en el espacio del consultorio donde se llevaron a cabo las sesiones de seguimiento con las pacientes que decidieron continuar después de emitida el alta hospitalaria. En términos de intervención, se dispusieron elementos que posibilitaran la emergencia de una situación clínica, esta última conformada por la entrevista y sesión clínica.

Cronograma de actividades

Tabla 1. Cronograma de actividades y número de casos atendidos.

Período	Pérdida gestacional	Otros diagnósticos	Total
Oct.-dic. 2011	9	20	29
Ene.-dic. 2012	52	59	111
Ene.-feb. 2013	11	6	16

La tabla 1 muestra el número de casos atendidos de pérdida gestacional, otros diagnósticos y totales de casos atendidos según cada período.

Reporte de la intervención

La práctica clínica se inició en octubre de 2011 hasta febrero de 2013, durante ese tiempo se atendieron 156 casos de mujeres hospitalizadas por cuestiones gineco-obstétricas o que acudieron a la unidad materno-fetal en consulta externa, los casos de mujeres con diagnósticos que indicaron pérdida gestacional fueron 72; el total de estas pacientes fluctuaron entre 14 y 39 años de edad.

Cabe aclarar que el reporte anterior incluye casos que no fueron diagnosticados como pérdida gestacional, lo cual se debe a que durante la práctica clínica se atendió indistintamente a las pacientes hospitalizadas en el servicio correspondiente a gineco-obstetricia o que acudieron a seguimientos prenatales en la unidad materno-fetal en consulta externa.

Respecto de la práctica clínica en consulta externa, como se mencionó anteriormente, se fue apartando paulatinamente de este espacio debido a que no se presentó la suficiente coordinación para la disposición del tiempo necesario con cada paciente. Fue así que solo se acudió al consultorio para

continuar con las citas ya establecidas y con las pacientes que posterior al alta hospitalaria, decidieron continuar la intervención en contexto ambulatorio.

Por el lado de la intervención en contexto hospitalario, principalmente con las enfermeras encargadas de cada área, se logró coordinar el encuentro con las pacientes, pues al llegar a la central de enfermeras identificaban de antemano la paciente a referir. Durante el despliegue de la situación clínica en las áreas de hospital o recuperación de labor, se ubicó de manera intuitiva por parte del personal, el trabajo que se mantenía en cada encuentro pues la mayor parte del tiempo, reconocieron que se trató de un espacio privado y que se privilegió la palabra de cada paciente.

Se tornó complicada la disposición de citas para seguimiento, aunque siempre se tomaron las medidas al alcance para establecer comunicación posterior al alta hospitalaria; uno de los motivos para que no se continuara con sesiones de seguimiento fue la procedencia de las pacientes, el domicilio de algunas de ellas se ubicó fuera del municipio donde se encuentra la institución; otros motivos versaron alrededor de los datos de contacto, etc. No se descartan los motivos que recaen sobre mi actividad como clínico, pues incluso cuando se emitía lo que pareció el indicio de una demanda, fueron escasos los casos en los que se estableció un seguimiento.

En especial, fueron dos casos los que permanecieron por mayor tiempo en continuación con la atención clínica, uno fue el caso de M. de 23 años, quien se diagnosticó con óbito a los seis meses de gestación; el caso de B. de 17 años, quien es diagnosticada con aborto espontáneo a los 3 meses de

gestación, fue un caso dramático pues aseguró que su hijo se mantenía con vida después de la expulsión espontánea y además, que este le gritaba por auxilio. Fragmentos de lo relatado por estas pacientes se exponen en el capítulo 4 para apoyar el análisis teórico-clínico. Además, también se muestran fragmentos de los relatos de F., T., y P., quienes pierden a sus hijos durante el 2º, 3º y 4º mes de gestación, respectivamente, con ellas solo se intervino una ocasión en recuperación de labor.

Diseño de la evaluación

La propuesta de evaluación se apoya, en primera instancia, en un argumento de Lacan que apunta Cancina (2005), “dice del psicoanalista que es necesario que sea al menos dos: ‘para tener efectos es imprescindible que el psicoanalista sea al menos dos: aquél que produce sus efectos y aquél que los teoriza. Para producir esos efectos, los teoriza” (parr. 40).

El término *análisis*, en sus acepciones generales, según la Real Academia Española (2001), hace referencia, por un lado a la “distinción y separación de las partes de un todo hasta llegar a conocer sus principios o elementos”; también, “al examen que se hace de una obra, de un escrito o de cualquier realidad susceptible de estudio intelectual”.

Por su parte, Freud (1919/1979), indica que el análisis significa desintegración, descomposición, cuando se analiza quiere decir que se ha “descompuesto su actividad anímica en sus ingredientes elementales, pesquisando en él esos elementos pulsionales separados y aislados” (p. 156);

en otro documento, Freud (1930/1979), afirma que “el análisis no posee otro material que los procesos anímicos de los seres humanos” (p.238).

Considerando las argumentaciones anteriores, para el capítulo correspondiente a la evaluación de la intervención, se propone un análisis -atendiendo los planteamientos de Freud al respecto- de los procesos psíquicos desencadenados en el pasaje hospitalario de las pacientes internadas por diagnósticos que indican pérdida gestacional. Entonces, siguiendo el planteamiento metodológico propuesto en la investigación-intervención, el elemento correspondiente a la evaluación de la intervención del dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica, es el análisis teórico-clínico en torno al objeto de investigación-intervención.

CAPÍTULO CUATRO

Evaluación de la intervención

Diseño de la evaluación

Retomando un argumento de Lacan que es puntuado por Cancina (2005), a propósito del psicoanalista afirma “es necesario que sea al menos dos: ‘para tener efectos es imprescindible que el psicoanalista sea al menos dos: aquél que produce sus efectos y aquél que los teoriza. Para producir esos efectos, los teoriza” (parr. 40).

Además, contemplando que el término *análisis* básicamente comprende, en sus definiciones generales, al examen que se realiza descomponiendo las partes de determinada situación o realidad, con el objetivo de conocer sus principios o elementos. En el enfoque que aquí compete, Freud (1919/1979, Freud, 1925/1979), indica que el análisis, comprende la descomposición de la actividad anímica en sus ingredientes elementales, a través de la investigación de los elementos pulsionales separados y aislados, este análisis no posee otro material que los procesos anímicos.

Entonces, ese análisis que sirve a la evaluación, y a su vez trata de responderse cuestionamientos referentes a los efectos producidos durante la intervención clínica, más precisamente, ¿cómo probar que la intervención clínica psicoanalítica tuvo un efecto en la configuración institucional determinada?

El cuestionamiento anterior se intentará responder mediante el tercer elemento del Dispositivo de Intervención con Fundamentación Psicoanalítica, a

saber, el análisis en torno al objeto de investigación-intervención, cuyas argumentaciones se remiten al planteamiento metodológico expuesto en este documento y de forma concreta, se presentan en los apartados subsiguientes.

Enfoque de la evaluación

Rojas, Reyes y Méndez (2011), al presentar la propuesta de trabajo de investigación en psicoanálisis en la universidad, afirman que uno de los propósitos de la investigación realizada es precisamente la teorización del caso. De acuerdo con Uzorskis (1995), el análisis de la intervención clínica psicoanalítica consiste en conceptualizar esa práctica clínica en la singularidad, desde el marco teórico del psicoanálisis.

De ahí resulta que es menester considerar tanto la singularidad del caso como su teorización. En ese orden de ideas, lo que aquí se pretende, es teorizar con un marco de referencia psicoanalítico los procesos psíquicos desencadenados en el pasaje hospitalario, pues los sucesos que lo conforman fueron identificados al realizar el diagnóstico situacional, y a partir de los resultados se diseñó la intervención.

Así, mediante los hallazgos clínicos, los cuales resultan de la implementación de la intervención clínica, de manera paralela a la práctica clínica, se han definido los tópicos que como Rojas (2012) afirma, “son elegidos por su importancia en el caso” (p.113). Para analizar los procesos psíquicos desencadenados en el pasaje hospitalario, las manifestaciones de dolor, la

incertidumbre, la angustia y culpabilidad, se distinguieron por ser los tópicos con mayor relevancia en los hallazgos clínicos.

Metodología de la evaluación

De acuerdo a los argumentos que se han sostenido a lo largo del presente documento, es posible sostener que una investigación-intervención con fundamentación psicoanalítica implica que la evaluación tendría que ir en función de estos mismos fundamentos, siguiendo a Rojas, Reyes y Méndez (2011):

La práctica clínica tendría que incluir una sustentación teórica mediante la cual se pueda mostrar aquello que de los hallazgos clínicos haya sido elegido como eje de investigación, para que posteriormente se pueda analizar a la luz de la teoría expuesta lo que la relación transferencial haya permitido que surgiera como lenguaje y de lo cual el investigador pueda dar cuenta formalmente como una construcción teórica, al margen de lo que para el paciente constituya una revelación sobre su deseo, lo cual corresponde a otra investigación, cuyo carácter no tiene por qué ser formalizado ni salir del ámbito de la privacidad del sujeto (p. 11).

El elemento metodológico que corresponde a la evaluación, a saber, el análisis en torno al objeto de investigación-intervención, consiste en la teorización de los hallazgos clínicos, y es importante anotar nuevamente, que aunque los elementos estén segmentados para mantener congruencia con los criterios

establecidos para la formalización del documento, estos se llevan a cabo de manera paralela, es lo que a este respecto De Ávila (2009), aporta:

Lo que compete a la formalización documental a partir del análisis de los hallazgos clínicos, es importante destacar que aunque se estructuró previamente un marco teórico, la construcción y el desarrollo de los ejes temáticos, se realizó paralelamente a la intervención clínica. Lo anterior debido a que no hay posibilidad de hacer clínica sin teoría o viceversa. En cierto sentido, se trata de un análisis dialéctico cuyas reglas aluden a las condiciones en las que la praxis y las elecciones temáticas dan lugar a la organización y equivalencia de conceptos y por lo tanto, a la formalización del documento (p. 106).

Justificar la estrategia de la evaluación

En el texto *Construcciones en el análisis*, Freud (1937/1979), partiendo de un comentario acerca de la práctica psicoanalítica “*Heads I win, tails you lose*” (p. 259), plantea que de las ocurrencias que el paciente produce en asociación libre, se puede entresacar dilucidaciones respecto de las vivencias reprimidas, mociones de afecto, repeticiones de los afectos reprimidos, todo ello, dentro de la situación analítica, como fuera de ésta. Prosigue afirmando que la tarea del analista consiste en construir lo que se ha olvidado, desde los indicios que se han ido dejando; es decir, el analista intenta construir la prehistoria del objeto psíquico.

Descripción de las estrategias, técnicas, instrumentos, procesos, y procedimientos

En una investigación es indispensable la interlocución con expertos en el área con el objetivo de dirigir la teorización desarrollada; se basa en la relevancia que conserva las discusiones grupales para el método de la construcción de caso, a este respecto, Rojas (2012), expone que esta actividad es fundamental para la supervisión de la intervención, así como para analizar el posicionamiento de quien la realiza; es decir, además del control del caso y el del analista, también marca influencia sobre la práctica clínica. A partir del relato ante el grupo del encuentro con el paciente, se discute y resulta la teorización. De acuerdo con Pérez (2011):

En función de lo dicho por las pacientes hospitalizadas; guardando las claras diferencias se analizan temáticas planteadas por las pacientes, el análisis es a partir de la construcción y teorización de lo dicho, separando efectivamente la condición de persona, cuya singularidad es celosamente respetada y tomando como referente lo dicho para su posterior teorización (p. 6).

Describir los criterios de fiabilidad, validez de las técnicas, instrumentos, procesos y procedimientos empleados en la evaluación

Para transmitir el argumento principal sobre lo que trata este apartado, se introduce una cita de Freud (1920/1979), en la que se revela su postura ante el tema:

Sin agregar algunas palabras de reflexión crítica. Podría preguntárseme si yo mismo estoy convencido de las hipótesis desarrolladas aquí, y hasta dónde lo estoy. Mi respuesta sería: ni yo mismo estoy convencido, ni pido a los demás que crean en ellas. Me parece que nada tiene que hacer aquí el factor afectivo del convencimiento. Es plenamente lícito entregarse a una argumentación, perseguirla hasta donde lleve (p. 57).

Como ya se ha propuesto dejar claro en este documento, la investigación psicoanalítica se realiza en dos niveles, una es la que considera la temática de investigación, la cual atiende a un marco conceptual de referencia y del que se da cuenta a través de los hallazgos clínicos, y para lograrlo se tiene que realizar una abstracción de lo producido en la clínica, ya que en la situación clínica, en ningún momento se desvía la atención del paciente hacia los objetivos del investigador, y estos, en tanto permanece al paciente, no se somete a criterios de fiabilidad, es por tal aspecto que sólo a través de la teorización se formalizan los resultados de la investigación-intervención. En este sentido, Garrido (2013), afirma que no se trata de suponer en el paciente la imposibilidad de mentir, sino que en la situación clínica, el paciente da su testimonio sobre su padecimiento:

No, se trata de reconocer en dicha palabra, inclusive si fuese mentirosa, la piedra basal del campo psicoanalítico mismo, tanto a nivel teórico como clínico. La ocasión es quizá de traer a colación por ejemplo el texto del Dr. Freud llamado: "Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina", para recordar que en dicho caso, Freud

enfrentándose a la oportunidad de escuchar de la paciente el relato de sueños de contenido heterosexual, ni siquiera parece concebir la oportunidad de resolver el asunto proponiéndonos que la paciente miente, que ella ha inventado, mintiendo propositivamente, dichos sueños (p. 7).

Garrido (2013), continúa apuntando el interés, más bien al siguiente cuestionamiento ¿cómo podría un paciente decirnos aquello que él mismo no sabe?

Volviendo la atención al punto que interesa en este apartado, el Dispositivo de Intervención con Fundamentación Psicoanalítica para los objetivos de la evaluación, implicaría entonces la confrontación teórica; en donde, de acuerdo con Báez (2010), se puede establecer *a posteriori*, si se ha omitido algo, y de manera personal añadiría para concluir, la interlocución a manera de discusiones y análisis, serviría fundamentalmente para supervisar el encuentro con cada paciente y que en este se implique una ética por parte del clínico y los interlocutores.

Resultados y conclusiones de la evaluación

Antes de entrar en el análisis del pasaje hospitalario, es importante anotar lo señalado por Rojas y Vega (2008):

Desde esta perspectiva, el trabajo del psicoanalista en el hospital tiene lugar, se desarrolla cuando a partir de éste, el paciente trata de darle un significado distinto para efectuar un proceso de desciframiento de su sentir, de su enfermedad y de su posición ante los acontecimientos que

la enfermedad ha precipitado y así el dispositivo psicoanalítico, o sea, los recursos de los que un psicoanalista puede disponer adquieren condiciones de posibilidad (p. 8)

En lo que sigue, se retoman aspectos cruciales de la obra de Freud que sirven de base para construir teóricamente las reflexiones alrededor de los tópicos, aludiendo así a procesos psíquicos elementales que se consideran fundamentales para abordar las incidencias psíquicas de la pérdida gestacional durante la hospitalización. En primera instancia, el tema de la elección de objeto resulta preponderante en cuanto al posicionamiento ante el hijo que espera durante el embarazo o antes y que éste, en algún momento de la gestación, se verá perdido. En *Tres ensayos de teoría sexual* (Freud, 1905/1978), se identifican dos tiempos de la elección de objeto, el primero se ubica en la niñez y el segundo se configura en la pubertad. El primer tiempo se caracteriza por mantener una naturaleza infantil de sus metas sexuales; el segundo tiempo sobreviene durante la pubertad y se caracteriza por la conformación definitiva de la vida sexual.

Los resultados de esos dos tiempos van a toparse con su inaplicabilidad a consecuencia del proceso de la represión, entre esos avatares, la elección de objeto puede sufrir cambios, renovarse o mantenerse. Es lo que posteriormente, en *Consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos* (Freud, 1925/1979), y la *33ª conferencia* (Freud, 1933/1979), el autor examina las características particulares de la evolución de la sexualidad en las mujeres; en términos generales, se entiende que durante la fase preedípica el

vínculo libidinoso entre la madre y la hija es de suma importancia y decisiva en la adquisición de las cualidades con las que cumplirá su papel y función sexual. Más adelante, durante la fase fálica hay un cambio de zona y objeto sexual, de este proceso de cambio se desprende el complejo de castración que será la introducción en el complejo de Edipo, aquí el padre deviene objeto de amor para la niña, el descubrimiento de su castración es un punto de viraje en su desarrollo, ya que todo lo anterior puede reparar en dificultades al prefigurado desarrollo hacia la feminidad.

Como se puede advertir, los vínculos infantiles con los padres son de suma importancia para la posterior elección del objeto sexual, de ahí que se deparen las consecuencias en su vida sexual como adulta. Una de ellas es el embarazo, reconocido como un momento crucial en el que se pone en juego simultáneamente el papel como madre e hija y donde además, se facilita la reedición de aspectos propios de su desarrollo psicosexual. Ante esto, se entiende que hay movimientos pulsionales encaminados a la preparación del encuentro entre ella y el hijo que viene, lo cual se torna crítico cuando se necesita una trasmudación de estos movimientos debido a la muerte del hijo, en el mejor de los casos, tendría que estar dirigido a iniciar un proceso de elaboración o tramitación de la pérdida.

Otra argumentación relevante para este trabajo tiene que ver con el papel que mantiene en los adultos, el juego y la imitación artísticos en la elaboración de lo displacentero, Freud (1920/1979) en *Más allá del principio del placer*,

alrededor de las argumentaciones que desencadena a partir de la observación del juego infantil de un niño pequeño, el *fort-da*, señala:

Unas reflexiones para terminar: el juego y la imitación artísticos practicados por los adultos, que a diferencia de la conducta del niño apuntan a la persona del espectador, no ahorran a este último las impresiones más dolorosas (en la tragedia, por ejemplo), no obstante lo cual puede sentir las como un elevado goce. Así nos convencemos de que aun bajo el imperio del principio de placer existen suficientes medios y vías para convertir en objeto de recuerdo y elaboración anímica lo que en sí mismo es displacentero. (p. 17).

Es importante recordar que la madre del mismo niño observado, muere cuando él tiene 5 años, quien no mostró duelo alguno por la madre.

Sin embargo, en la misma obra en cuestión, Freud (1920/1979) repara que la experiencia más universal apoya la conclusión de que en el alma existe una fuerte tendencia al principio del placer, pero otras fuerzas la contrarían, lo cual no resulta en la tendencia al placer. Atendiendo a la pregunta sobre las circunstancias capaces de impedir que el principio del placer prevalezca, en primera instancia tiene que ver con el carácter de una ley, es decir, “bajo el influjo de las pulsiones de autoconservación del yo, es relevado por el principio de realidad” (p. 10), que consigue posponer la satisfacción. Otra fuente del desprendimiento del placer no es tan sujeta a la ley, esta “surge de conflictos y escisiones producidas en el aparato anímico mientras el yo recorre su desarrollo hacia organizaciones de superior complejidad” (p. 10); ciertas

pulsiones son segregadas por el proceso de represión y si luego consiguen procurarse por ciertos medios alguna satisfacción directa o sustitutiva, lo cual puede ser visto como una posibilidad de placer, es sentido por el yo como displacer. La mayor parte del displacer que se siente es un displacer de percepción, “puede tratarse de la percepción del esfuerzo de pulsiones insatisfechas, o de una percepción exterior penosa en sí misma o que excite expectativas displacenteras en el aparato anímico, por discernirla este como peligro” (p. 11).

Más adelante, Freud (1930/1979), en *El malestar en la cultura* ubica tres fuentes desde donde puede amenazar el sufrimiento, a saber:

Desde el cuerpo propio, que, destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; desde el mundo exterior, que puede abatir sus furias sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas, destructoras; por fin, desde los vínculos con otros seres humanos. (p. 77).

A esta última fuente, se le reconoce como la que puede ocasionar mayor sufrimiento y, según lo observado, es precisamente con la que las pacientes se enfrentan en los casos de pérdida gestacional, ubicados desde dos vertientes, la primera con relación al vínculo preestablecido con el hijo y la otra, en el vínculo con seres queridos como su pareja y/o padres.

El sentimiento *yoico* implica el deslindamiento de todo lo otro, percibir fronteras claras y netas respecto del yo. Esto último, según los elementos expuestos hasta el momento, no fue siempre igual, pues al comienzo del

desarrollo, el lactante no separa su yo de un mundo exterior de donde afluyen las sensaciones. Es así que sobre la base de incitaciones que le proporcionen gran impresión aprende a discernir que sus órganos corporales pueden enviarle sensaciones, y otras, el que le atribuye mayor satisfacción, el pecho, se le sustrae temporariamente y sólo consigue recuperarlo reclamando su presencia. De esa manera, se le contrapone al yo un objeto ajeno, se da cuenta de que mucho de lo que no se quería resignar porque generaba displacer no era el yo, sino el objeto. Este último es el primer paso para instaurar el principio de realidad (Freud, 1920/1979).

Acudiendo a la afirmación de Freud (1905/1979): “El hallazgo {encuentro} de objeto es propiamente un reencuentro” (p. 203); cuando este objeto se ve perdido, las reacciones ante ello pueden ser de dos tipos, según lo expuesto en *Duelo y melancolía* (Freud, 1917/1979), trabajo donde se discierne entre las influencias que suscita el duelo y por otra parte la melancolía. El duelo lo define como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces” (p. 241), el cuadro que se presenta puede ser similar al de la melancolía, sin embargo la diferencia radica en que “...falta en él la perturbación del sentimiento de sí... también ella puede ser reacción frente a la pérdida de un objeto amado; en otras ocasiones, puede reconocerse que esa pérdida es de naturaleza más ideal. El objeto tal vez no está realmente muerto, pero se perdió como objeto de amor” (p. 241).

Lo expuesto hasta ahora ha sido aludiendo a procesos psíquicos elementales para ahora remitirse al análisis de los procesos psíquicos

desencadenados durante el pasaje hospitalario por pérdida gestacional. Las incidencias a nivel psíquico que se pueden desencadenar a partir de la muerte del hijo pueden ser variadas, Orozco (2011). En sus desarrollos a partir de referentes legendarios nos ofrece una idea de las magnitudes que puede alcanzar este hecho en el caso concreto de la leyenda tan popular en México,

La llorona:

¡oh hijos míos, ya nos perdimos! ...La pérdida que se exclama implica a la propia madre y anoticia su impotencia ante un mal que se avecina, ante un mal que acecha... (p. 19).

La angustia encarnada en la Llorona es la de un dolor inconmensurable, la de un llanto resonante, la de un grito que va más allá de la angustia, que desborda la angustia, en tanto es el pesar de una pérdida a la que no es posible resignarse. (p. 23).

Otro referente es el que ofrece Nasio (1996), cuando describe su experiencia analítica con una mujer que experimenta la muerte de su hijo a escasos días de nacido:

Descubrí a una mujer transformada por la angustia ...su cuerpo encarnaba perfectamente el yo exangüe del ser dolido, un yo abatido, suspendido en el recuerdo vivo del niño desaparecido; recuerdo machacado por una pregunta insistente: ¿De qué murió? ¿Por qué y cómo murió? ¿Por qué a mí? (p. 14).

Abordando el primer suceso del pasaje hospitalario, Nasio (1996), define al dolor precisamente como el

...afecto que sobreviene de la pérdida de un objeto al cual estamos tan íntimamente vinculados que ese lazo resulta constitutivo de nosotros mismos. Este dolor expresa en la conciencia por parte del yo del estado de conmoción pulsional provocado por la ruptura súbita de lazo que nos vincula con el Otro elegido (p. 39).

En ese sentido, cuando la pérdida es súbita, el dolor es inasimilable por el yo y emana del ello. Aludiendo al caso de una paciente que con un estruendoso llanto afirma lo siguiente: *“me quiero morir, mi bebé se me fue”*. Al relatar el momento preciso del aborto, afirma quedarse paralizada observando a su bebé llorando en el piso, interpretando el llanto de la siguiente manera: *“mi bebé estaba ahí llorando en el piso, me pedía auxilio, protección porque está indefenso y aun no es su tiempo para nacer; después me gritó ¡mamá!, ya le platiqué a mi mamá pero no me cree, cree que fue producto de mi imaginación, pero yo lo escuché”*. Para ilustrarlo con otro caso, una de las pacientes intenta describir su experiencia sin lograr articular otra frase distinta a: *“está llorando el bebé, ¿dónde está?”*; su respiración se encontraba notablemente acelerada, esforzándose por levantarse de su cama, dirigiendo su mirada a toda la sala intentando encontrar al bebé que llora.

Pasando al segundo suceso, de acuerdo con Freud (1920/1979), en la neurosis traumática se destacan dos rasgos que se toman como punto de partida de la reflexión, el primero trata sobre el hecho de que el centro de gravedad de la causación se sitúa en el factor de la sorpresa, en el terror, y un simultáneo daño físico o herida contrarresta la producción de la neurosis:

Terror, miedo, angustia, se usan equivocadamente como expresiones sinónimas; se las puede distinguir muy bien en su relación con el peligro.

La angustia designa cierto estado como de expectativa frente al peligro y preparación para él, aunque se trate de un peligro desconocido. (p. 12)

Ante esto, no se cree que la angustia pueda producir una neurosis traumática, debido a que en la angustia hay una suerte de protección contra el terror, por tanto, también contra la neurosis.

Regresando al planteamiento de Freud (1914-1916), en el que se sostiene que puede existir una pérdida de naturaleza ideal, en los casos de hospitalización por pérdida gestacional, también se observa que además de la muerte del hijo, tienen que vérselas con la angustia que se origina en una incertidumbre acerca de saber cómo han reaccionado sus familiares por la noticia de la muerte del hijo. En consecuencia, se manifiestan sentimientos de angustia y culpabilidad; Nasio (1996), ha definido a la primera como “reacción a la amenaza de una eventual pérdida del ser amado o de su amor” (p. 77), mientras que a la culpabilidad la define como “una variante de la angustia; reacción a la amenaza de que el ser amado me retire su amor, a guisa de castigo por una falta real o imaginaria que cometí o podría cometer” (p.77). Lo anterior puede ilustrarse mediante lo dicho por una paciente que hasta el momento de la sesión no había visto a sus familiares, específicamente su madre y su pareja: *“¿Qué van a decir de mí? Dígame, ¿usted cree que tengo la culpa? Ellos me dijeron que comiera, que si le pasaba algo iba a ser mi culpa. Es mi culpa porque no les hice caso”*.

Tales expresiones remiten a lo señalado por Freud (1930/1979), al afirmar que se llega a tener un sentimiento de culpa cuando la persona ha hecho algo que discierne como malo; incluso cuando no ha hecho nada malo, pero discierne en sí el mero propósito de obrar de ese modo. Se le descubre fácilmente en su desvalimiento y dependencia de otros; su mejor designación sería la angustia frente a la pérdida de amor. Si pierde el amor del otro, de quien depende, queda también desprotegido frente a diversas clases de peligro. Sin embargo, cuando llega el momento en el que se tiene que ver de frente con sus familiares, elemento que remite al tercer suceso, los hallazgos indican que se confrontan las fantasías producidas en momentos anteriores y este, generalmente no coincide con las reacciones que observa en sus familiares durante los primeros encuentros con ellos. En ese momento deja de haber incertidumbre y las incidencias desencadenadas durante el pasaje hospitalario ceden, como la angustia, al igual que la culpa y el dolor.

Conclusiones del proyecto y propuesta para siguientes trabajos

Recordando que los objetivos que movilizaron la investigación-intervención fueron, por un lado el de investigación, que consistió en dar cuenta de los procesos psíquicos emergentes en pacientes hospitalizadas por diagnósticos que indican pérdida gestacional, y como clínico, posibilitar una intervención clínica a pacientes hospitalizadas por diagnósticos que indican pérdida gestacional. Conjugado con estos, se estableció la cuestión de analizar los procesos psíquicos desencadenados a partir del internamiento por diagnósticos que indican pérdida gestacional.

Como se propuso dilucidar en el apartado anterior, los procesos psíquicos de los que se dieron cuenta tuvieron que ver con las manifestaciones de dolor, la incertidumbre, la angustia y la culpabilidad durante el pasaje hospitalario, al cual, como ya se describió, afectaron las características de la institución de salud al no permitir visitas de familiares durante el internamiento en tococirugía, área en la que permanecen mayor tiempo, horas importantes del proceso de la pérdida gestacional.

Vale decir, que no se tienen elementos para afirmar que se observó alguna suerte de elaboración o tramitación de la pérdida; sin embargo, es importante destacar que hay indicios de una simbolización por parte de algunas pacientes, notándose en expresiones como las siguientes: *“yo al principio no deseaba estar embarazada, pero conforme pasaban los días me iba haciendo a la idea y empecé a aceptarlo y quererlo, pero ahora que lo pienso, la caída que tuve no creo que haya sido tan accidentada, creo que fue porque yo de todas maneras seguía sin querer estar embarazada, yo no lo quería, pero me duele, era mi hijo...”* Esta paciente perdió a su hijo a los tres meses de gestación, momentos antes de la expulsión del feto, ella estaba realizando tareas domésticas cuando cae al piso por resbalarse con un carro de juguete de uno de sus hijos, a lo cual atribuye la causa de esa pérdida gestacional.

En otro caso, una paciente que muere el hijo durante el sexto mes de gestación, además estaba diagnosticada con endometriosis, razón por la cual había transitado por largos y dolorosos tratamientos para lograr embarazarse por primera vez, en un momento de la situación clínica expresó lo siguiente:

“mi esposo y yo deseábamos mucho un hijo, por eso estuvimos en tratamientos, pero eran muy difíciles y dolorosos, llegó un momento en el que sólo teníamos relaciones sexuales porque era la indicación del médico, ya no sentíamos atracción ni ganas de hacerlo, nos decepcionamos y dejamos de acudir con el médico y abandonar el tratamiento, cuando volvimos a hacer el amor fue cuando quedé embarazada, y ahora resulta que se me murió. Creo que lo que yo tengo más bien tiene que ver con algo psicológico, algo de mí y no tiene que ver con una enfermedad porque nosotros solos, cuando volvimos a hacer el amor, pude quedar embarazada”.

Con estas notas, se quiere transmitir el hecho de que, al margen de que la práctica clínica se llevara a cabo alejada de un encuadre tradicional, el dispositivo en cuestión posibilitó trascender estas condiciones del espacio institucional y lograr una intervención donde es posible argumentar que se dispusieron los elementos necesarios para posibilitar procesos de simbolización.

Un punto que se considera importante a analizar tiene que ver con las cuestiones transferenciales; ya que tradicionalmente en las instituciones de salud se concibe la atención psicológica en espacios de consulta externa, espacios privados con sesiones cada cierto tiempo y duración determinada, con objetivos compartidos con las políticas de salud pública, por ejemplo, persuadir para que las mujeres elijan un método anticonceptivo, de preferencia un dispositivo intrauterino, convencer de los beneficios de la lactancia materna, etc., al margen de cuestionar la pertinencia en este ámbito sobre esas

actividades que se demandan al personal de psicología, es indudable que cuando estas prácticas se llevan a cabo, se desestima el discurso del sujeto. La prioridad durante esta intervención, como se ha mencionado anteriormente, fue la emergencia de la palabra y la escucha analítica; a partir de esto, hay un reconocimiento por parte las pacientes y por el mismo personal del hospital que la intervención se encuentra inserta en la institución, pero con otra posición epistémica, aunque se utilice una bata clínica. Atendiendo a lo anterior y volviendo al tema transferencial, vale la pena insistir en la cuestión, desde la teoría psicoanalítica, qué tipo de relación transferencial es posible que se establezca; considerando como un factor importante el hecho de que estas pacientes en particular, sólo permanecen en hospital alrededor de 24 horas, y tomando en cuenta que al acudir a un servicio de urgencia, hay una demanda dirigida al hospital.

Siguiendo con las precisiones respecto a la práctica clínica, se propusieron sesiones de seguimiento si alguna de ellas así lo deseaba, de modo que se establecieron citas después de emitida el alta hospitalaria, en términos de hallazgos clínicos en estos casos, se pudo inferir que el embarazo se había dado como un esfuerzo de encontrar una respuesta respecto de su lugar como sujeto, en este caso del embarazo, el ser madre. Es desde este ángulo que una de las pacientes, que pierde a su hijo a los seis meses de gestación, insistentemente durante cada sesión se pregunta: “¿por qué a mí? ¿Por qué yo?” y durante una sesión expresa lo siguiente: “*me he dado cuenta que no tengo nada, que no soy nada, no tengo nada para mí, ni siquiera un momento para mí,*”

como esa sensación de vacío que tenía cuando estaba en el hospital, me descubrí que no puedo ni ir al baño sola porque mi niña me tiene que estar viendo, todo es para ella; si yo me estoy comiendo algo y me lo pide, se lo tengo que dar; si voy caminando en la calle y se me antoja algo, decido mejor no gastarme el dinero en mí y comprarle algo a mi niña”

En otro de los casos, una paciente que pierde a su hijo en el cuarto mes de embarazo, se impresiona al descubrir en una sesión lo siguiente: *“yo quisiera que mi mamá me vea cómo ve a mi hermano, de él sí espera algo, dice que va a ser alguien en la vida, pero ellos no esperan nada de mí y es que nunca hago nada bien, hasta mi hijito se me murió... Yo soy una simple ama de casa, ni eso, a una ama de casa la respetan y tiene un lugar en su casa, pero yo no, yo soy como una sirvienta, me tratan como su sirvienta y lo que yo quiero no es ni siquiera ser como mi hermano, quiero ganarme el lugar de hija”*

Las notas anteriores, reflejan la importancia de dar un seguimiento clínico a las pacientes, incluso el personal médico en ese mismo tenor, expresó lo indispensable que resultaría promover procedimientos para facilitar que se logre una atención post hospitalaria. A este respecto, se dilucida las implicaciones psíquicas que pueden presentarse ante una pérdida gestacional, mediante lo expresado por una paciente con quien se desarrolló la situación clínica en contexto ambulatorio después de su revisión ginecológica donde le realizaron un ultrasonido, ella afirma lo siguiente: *“me acaban de hacer un ultrasonido y vi dos bebés, eso quiere decir que Dios me está regresando a los hijos que me quitó antes”*; la paciente tenía historial de dos abortos

espontáneos, y cabe aclarar que ella no estuvo diagnosticada con embarazo múltiple, esto muestra el trabajo psíquico tendiente a una sustitución.

REFERENCIAS

- Abatedaga, N. (2008). Metodología para el análisis de situación comunicacional. En: Abatedaga, N. (Comp.) *Comunicación. Epistemología y metodologías para planificar por consensos*. Argentina: Bruja.
- Baez, J. (2010). Una respuesta a la pregunta por el dispositivo analítico. *Tesis psicológica*. 5. 150-157. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=13901726301>
1
- Baptista, G. H, Rosengeld, M. F., Trueba, G. R., Enríquez, P. M., Vidal, G. V. (2010). Asociación de anticuerpos anticardiopolina y antinucleares en mujeres con pérdida gestacional recurrente. *Perinatología y Repducción Humana*. 24(3). 167-174
- Breuer, J. y Freud, S. (1979). Estudios sobre la histeria. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 2, 1-316). (trabajo original publicado en 1893)
- Cancina, P. (2005). *Entrevista a Pura Cancina*. Recuperado de: <http://www.elsigma.com/entrevistas/entrevista-a-puracancina/8708>
- Cassasco, G. y Pietrantonio, E. (2008). Aborto: guía de atención. *Revista del Hospital Infantil Ramón Sordá*. 27(001), pp. 33-41. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/912/91227106.pdf>
- De Ávila, R. X. (2009). Duelo por la piel. Análisis del acompañamiento terapéutico como dispositivo psicoanalítico de intervención a niños

hospitalizados por quemaduras (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, S. L. P.

Etchegoyen, H. (2002). La entrevista psicoanalítica: estructura y objetivos. En H. Etchegoyen, *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. 64-72. España: Amorrortu.

Freud, S. (1979). ¿pueden los legos ejercer el análisis?. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 20, 165-234). (trabajo original publicado en 1926)

Freud, S. (1979). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 19, 259-276). (trabajo original publicado en 1925)

Freud, S. (1979). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 14, 1-64). (trabajo original publicado en 1914)

Freud, S. (1979). Construcciones en el análisis. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 23, 255-270). (trabajo original publicado en 1937)

Freud, S. (1979). Duelo y melancolía. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 14, 235-256). (trabajo original publicado en 1917)

- Freud, S. (1979). El malestar en la cultura. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 21, 57-140). (trabajo original publicado en 1930)
- Freud, S. (1979). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 11, 129-142). (trabajo original publicado en 1910)
- Freud, S. (1979). Lo inconciente. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 14, 153-214). (trabajo original publicado en 1915)
- Freud, S. (1979). Más allá del principio del placer. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 18, 1-62). (trabajo original publicado en 1920)
- Freud, S. (1979). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 22, 1-168). (trabajo original publicado en 1933)
- Freud, S. (1979). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 17, 151-164). (trabajo original publicado en 1919)
- Freud, S. (1979). Psicoanálisis. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 20, 245-258). (trabajo original publicado en 1926)

- Freud, S. (1979). Sobre la iniciación del tratamiento. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 12, 121-144). (trabajo original publicado en 1913)
- Freud, S. (1979). Tres ensayos de teoría sexual. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 7, 109-156). (trabajo original publicado en 1905).
- Freud, S. (1979). 27ª conferencia. La transferencia. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 16, 392-407). (trabajo original publicado en 1917)
- Garrido, M. (2013). La especificidad del dispositivo analítico. Recuperado de <http://www.cartapsi.org/spip.php?article331>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). Encuesta Nacional de la Dinámica Demigráfica. Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/detalle.aspx?c=10771&u pc=702825495602&s=est&tg=0&f=2&cl=0&pf=Ench&ef=0>
- Macías, G. (2012). Tres momentos del imaginario femenino: La función de la fantasía durante el embarazo y el postparto (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, S. L. P.
- Marrello, P. (1998). El trabajo del psicoanalista en la guardia hospitalaria. *Psicoanálisis y Hospital*. 13, 60-65
- Nasio, J. D. (1996). *El libro del dolor y del amor*. Barcelona: Gedisa
- Organización Mundial de la Salud. (1999). Planificación familiar post: guía práctica para administradores de programas. (WHO/RHT 97.20)

- Organización Mundial de la Salud. (2003). Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra
- Orozco, G. M., (2011). Entre los surcos de Medea y los avatares de La Llorona. En M. Orozco, F. Gamboa, D. Pavón, A. Huerta, y P. Cantoral (Eds.) *Configuraciones psicoanalíticas sobre espectros y fantasmas*. 15-54.
- Perez, H. (2012). Posibilidades subjetivantes de un dispositivo psicoanalítico en pacientes hospitalizadas por mastectomía (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, S. L. P.
- Pinto, S. (2008). *Psicoterapia psicoanalítica. Desataduras del alma*. Ediciones de la Universidad Santiago: Chile
- Real Academia Española. (2001). Análisis. En Real Academia Española (Eds). *Diccionario de la Real Academia Española*. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=análisis>
- Real Academia Española. (2001). Diagnosticar. En Real Academia Española (Eds). *Diccionario de la Real Academia Española*. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=diagnosticar>
- Rojas, G. B. (2012). Atención a las expresiones de la subjetividad de mujeres diagnosticadas con síndrome de ovario poliquístico. (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, S. L. P.
- Rojas, H. C., Reyes, A. M., Méndez, M. L. (2011). Posibilidades del trabajo investigativo en la universidad. *Revista Uaricha*. 15. 1-12. Recuperado de: http://www.revistauaricha.org/Articulos/Uaricha_15_001-012.pdf

- Rojas, H. C., Vega, M. S. (2008). *Las posibilidades del dispositivo psicoanalítico en el medio hospitalario analizadas a partir de una experiencia realizada en México*. Recuperado de http://www.fundamentalpsychopathology.org/8_cong_anais/ppf_1.pdf
- Rojas, H. C. y De Ávila, R. X. (2010). El acompañamiento terapéutico como dispositivo psicoanalítico para la atención a la subjetividad de niños hospitalizados por quemaduras. *Revista Otra Escena*. 1 (5). 120-139
- Secretaría de Salud. (2009). Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial del aborto recurrente. Recuperado de <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
- Uzorskis, A. (1995). Actuales posibilidades y limitaciones de la clínica de la subjetividad del paciente con enfermedad médica. *Psicoanálisis y Hospital*. 13, 60-65

APÉNDICE A

Acuse de recibo

⊕ Nuevo Responder | Eliminar Archivar Correo no deseado | Limpiar | Mover a | Categorías | ... EUNICE G.

Re: artículo propuesto ↑ ↓ × ^

 Revista Uaricha (uarichapsicologia@yahoo.com.mx) Agregar a contactos 10/07/2013
Para: EUNICE G. ✉

Recibido, gracias.

Dra. María de Lourdes Vargas Garduño.
Directora de UARICHA. Revista de Psicología.
www.revistauaricha.org
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Francisco Villa # 450. Col. Dr. Miguel Silva. Moreña, Michoacán.
C.P. 58120 Tel. (443) 312-9913.

De: EUNICE G. <eunicea_@hotmail.com>
Para: "contacto@revistauaricha.org" <contacto@revistauaricha.org>
Enviado: Miércoles, 10 de julio, 2013 9:34:59
Asunto: FW: artículo propuesto

APÉNDICE B

Artículo

PROCESOS PSÍQUICOS EMERGENTES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN POR PÉRDIDA GESTACIONAL: PUESTA EN MARCHA DE UN DISPOSITIVO DE INTERVENCIÓN CON FUNDAMENTACIÓN PSICOANALÍTICA

Lic. Eunice Amor Gonzalez Ochoa⁶

Dra. Ma. Antonia Reyes Arellano⁷

Instituto de Investigación y Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad
Autónoma de San Luis Potosí.

México.

Resumen

El propósito del presente artículo es dar cuenta de una investigación-intervención realizada con mujeres internadas en un hospital público por diagnósticos indicativos de pérdida gestacional. En cuanto a la investigación, el objetivo fue analizar los procesos psíquicos desencadenados ante la muerte súbita del hijo y lo ocasionado por las características del internamiento en la institución de salud; como resultado de lo anterior se muestra un análisis a la luz del dolor, la incertidumbre, la angustia y la culpabilidad por distinguirse como los tópicos de mayor relevancia en los hallazgos clínicos. Asimismo, conforme al objetivo de intervención, se puso en marcha un dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica en función de propiciar las condiciones necesarias para el trabajo clínico con las pacientes hospitalizadas por pérdida gestacional, los elementos de este dispositivo también se muestran en el desarrollo de este trabajo, las cuales son, la inserción al terreno médico, los elementos preponderantes en la sesión clínica, y las discusiones teórico-clínicas en torno al objeto de investigación.

⁶ Licenciada por la Universidad de Sonora. Correo electrónico: eunicea_@hotmail.com

⁷ Doctora por la Universidad de París VII Denis Diderot.

Palabras clave: pérdida gestacional, proceso psíquico, dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica.

Abstract

The purpose of the next article is to account for a research-intervention made with hospitalized women in a public institution due to indicative diagnosis of gestational loss. As regard to the research, the objective was to analyze the psychic processes triggered by a son's sudden death and the outcomes given by the characteristics of the admission in the health institution; the above brings to the light an analysis of the pain, uncertainty, anxiety and guilt as stand out topics in the clinical findings. As well, just as the intervention's purpose, it was start up an intervention device with psychoanalytic foundations in order to generate the needed conditions for the clinical work with hospitalized patients by gestational loss, the elements involve in the device are also shown throughout the development of this work, which are the insertion to the medical field, the preponderant elements during the clinical session, and the theorem-clinical discussions around the object of discussion.

Key words: gestational loss, psychic processes, intervention device with psychoanalytic foundation.

Introducción

Durante el embarazo se producen movimientos psíquicos en los que se reeditan aspectos sobre la configuración preedípica y edípica, lo cual puede ubicarse a través de las fantasías en torno al hijo y el ser madre, representaciones del nuevo bebé, investidura libidinal en torno al hijo por parte de la futura madre, etc.; de acuerdo a esa configuración, se va a ir conformando el proceso que se lleve a cabo durante el embarazo y su posicionamiento ante este último. Este proceso sin embargo, puede verse interrumpido debido a la muerte del hijo durante el embarazo, ante lo cual se hace necesaria una trasmudación, este evento sobreviene súbitamente pues no se percibe alguna suerte de signo o síntoma que indique con premeditación la ocurrencia de este fenómeno, que médicamente ha sido denominado como pérdida gestacional.

La muerte inesperada del hijo implica un desencadenamiento de conmociones pulsionales suscitadas por dos pérdidas, una real en el sentido que el hijo ha muerto, y otra de naturaleza ideal⁸, pues además de enfrentarse a la muerte real, la mujer se siente en peligro de una pérdida de amor.

Dicho de otra forma, el evento inesperado de la muerte del hijo provoca necesariamente incidencias psíquicas; a lo anterior se suman ciertas condiciones y características de la institución de salud. Este trabajo expone los resultados a partir del desarrollo de dos objetivos, el primero fue reflexionar en torno a los procesos psíquicos desencadenados en el *pasaje hospitalario*; dicho término se acuñó durante la experiencia clínica para intentar dar cuenta de lo acontecido en distintos momentos cruciales del internamiento de estas mujeres. El segundo objetivo -de intervención-, consistió en posibilitar la puesta en marcha de un dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica⁹ ante la problemática mencionada.

La pérdida gestacional: marco de una atención a la urgencia durante el pasaje hospitalario.

La pérdida gestacional, según el Ministerio de Salud de Chile (2011, p. 8)¹⁰, se define como “aquel embarazo que no culmina en el nacimiento de un nuevo ser humano por su interrupción prematura; es decir, cuando el feto muere antes o durante el parto y el post parto”.

Este fenómeno incluye varias categorías diagnósticas que refieren a la edad gestacional y a las características presentadas por el embrión o feto al momento de la muerte; categorías que también pueden ubicarse como estadios de la pérdida

⁸ Considerando la argumentación de Freud en *Duelo y Melancolía* (1917) “El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (p.241).

⁹ El dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica ha sido adoptado de la línea de investigación *Intervención clínica en Instituciones*, dirigida por la Dra. Carmen Rojas Hernández.

¹⁰ Se hace referencia a un documento de Chile debido a que la *pérdida gestacional*, como diagnóstico, es definido haciendo alusión a la muerte del hijo en cualquier etapa de la gestación, lo cual abarca los distintos diagnósticos de las pacientes atendidas en la institución de salud donde se llevo a cabo la práctica clínica.

gestacional, los cuales son: amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto, aborto inminente, aborto completo, aborto diferido o huevo muerto y retenido, aborto séptico, óbito, y aborto habitual.

Los síntomas que se consideran indicadores de una posible pérdida gestacional, de acuerdo a Cassasco (2008), son el atraso menstrual, dolor cólico en hipogastrio y genitorragia. En cuanto a las causas relacionadas con la pérdida gestacional no se encuentran médicamente especificadas, aunque existen varios factores asociados a ello no se puede hablar de alguna causa identificable.

Cifras de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), indican que en México, 66 de cada 100 mujeres en edad reproductiva han estado embarazadas por lo menos una vez, los abortos¹¹ representaron el 7.6% del total de los eventos y el 1.1% correspondió a mortinatos (INEGI, 2011, p. 21).

Con lo que respecta a los tratamientos y procedimientos médicos, destacan la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y el Legrado Uterino Instrumental (LUI). El AMEU es un método de evacuación del contenido uterino; mientras que, el LUI se realiza en un ambiente quirúrgico con anestesia general. Para cada uno de los tratamientos, se consideran las características de la pérdida gestacional que justifiquen la elección de la técnica (Cassasco, 2008).

Lo anterior da cuenta tanto del fenómeno médico por el que atraviesan las pacientes hospitalizadas en este tipo de casos, como también de las estrategias institucionales que son necesarias ante este diagnóstico. De esa dilucidación, en el trabajo de investigación-intervención se ubicaron las posibilidades de inserción de la práctica clínica psicoanalítica. En efecto, frente a la atención médica que tiende a ser inmediata y eficaz dirigida a disminuir el riesgo para la salud dada la condición médica en la que llega la paciente, la intervención clínica psicoanalítica pudo insertarse en una atención a la urgencia. Urgencia en el sentido que este fenómeno acontece sin ninguna premeditación que haga contemplar la idea de una posible muerte del hijo, pues en la mayoría de los casos se trata de una irrupción súbita. Así, enfrentados a este contexto, la intervención se promovió en una atención a la urgencia.

¹¹ En esta fuente, el aborto es considerado como la muerte del hijo durante el embarazo, sin importar el momento de la gestación.

Precisamente, sobre este último término, es útil el aporte de Marrelo (1998), en cuanto a señalar que durante la práctica clínica se es testigo de algo que “no anda”, es decir, se trata del trauma que cuando se habla topa con lo indecible.

Elementos del Dispositivo de Intervención con Fundamentación Psicoanalítica durante el pasaje hospitalario

En la intervención se privilegia la atención a los procesos psíquicos desencadenados en el pasaje hospitalario mediante los elementos del método psicoanalítico -la palabra y la escucha analítica-, articulándolo con los objetivos de esta investigación-intervención y además, con las condiciones -contextuales o implícitas- preponderantes en la institución. En este trabajo, se entiende que el dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica, como metodología, implica la formalización de los elementos que movilizaron la práctica clínica en un hospital público de San Luis Potosí. Dichos elementos fueron tres, el primero consistió en la inserción al terreno médico, el segundo define los elementos preponderantes en la situación clínica, y finalmente, el tercero versa en las discusiones teórico-clínicas en torno al objeto de investigación-intervención.

Con respecto al primer elemento, el escenario institucional, terreno médico por excelencia, condicionó la forma en que se piensa una intervención clínica psicoanalítica, pues siendo en un contexto hospitalario, se tuvo que acudir a la cama de las pacientes -ubicada en una sala compartida con otras dos pacientes- y con las implicaciones que esto conlleva al posibilitar el despliegue del dispositivo en cuestión. Es decir, la naturaleza misma de la institución, centra su atención en lo real del cuerpo, los órganos; la pertinencia de la metodología propuesta se ubicó entonces, en aprovechar coyunturas en el discurso médico que justificaron la propuesta de una atención a la singularidad de las pacientes.

Los elementos preponderantes en la sesión clínica; a saber: (a) las funciones de contención y (b) la emergencia de la palabra y la escucha analítica consistieron en priorizar la reintroducción de la dimensión de la palabra como elemento discursivo. Esto es, en el contexto hospitalario generalmente el apremio por la atención al cuerpo deja

de lado la atención a la singularidad durante el internamiento, de ahí que este segundo elemento del dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica se haya enfocado a la atención de las conmociones pulsionales suscitadas por la muerte súbita del hijo y como consecuencia del pasaje hospitalario.

Respecto al tercer elemento, a saber, las discusiones teórico-clínicas en torno al objeto de investigación-intervención, los hallazgos clínicos fueron discutidos y supervisados con expertos en el área, respecto de los efectos producidos durante la práctica clínica, a partir del análisis y la sistematización. A partir de estas discusiones, se establecieron los tópicos de análisis de los procesos psíquicos desencadenados en el pasaje hospitalario.

Procesos psíquicos desencadenados durante el pasaje hospitalario

Sucesos relevantes identificados en el pasaje hospitalario

Como *pasaje hospitalario* se ha comprendido lo vivenciado según las pacientes en distintos momentos cruciales del internamiento a causa de diagnósticos indicativos de pérdida gestacional, y a partir de lo cual, se analizaron las incidencias a nivel psíquico.

Así, por un lado se observó la posibilidad que tienen algunas pacientes de simbolizar el indicador de la muerte del hijo, por ejemplo, sangrados, la expulsión del feto o restos placentarios.

Otro suceso refiere a una característica institucional en la cual, las pacientes son apartadas de sus familiares desde el momento que ingresan a urgencias, de suerte que las horas que permanecen sin contacto con ellos genera una situación de incertidumbre en la que imaginan lo peor acerca de la reacción que tendrían sus familiares por la “falla” que supone ha cometido.

Un suceso más se ubica al momento del reencuentro con sus familiares, aquí se identifica un cambio importante en el discurso de las pacientes, antes de encontrarse con ellos, se mantiene un discurso cargado de tragedia; mientras que en pacientes con quienes se desarrolló la sesión posterior al encuentro con familiares, en ellas pareciera que las incidencias a nivel psíquico han cedido y no manifiestan gran malestar.

Abordaje teórico psicoanalítico del pasaje hospitalario

Se desarrolló el análisis del pasaje hospitalario a la luz de las manifestaciones de dolor, la incertidumbre, la angustia y la culpabilidad, los cuales se distinguieron por ser los tópicos con mayor relevancia en los hallazgos clínicos.

En lo que sigue, se retoman aspectos cruciales de la obra de Freud que sirven de base teórica en las reflexiones alrededor de los tópicos, aludiendo así a procesos psíquicos elementales que se consideran fundamentales para abordar las incidencias psíquicas de la pérdida gestacional durante la hospitalización. En primera instancia, el tema de la elección de objeto resulta preponderante en cuanto al posicionamiento ante el hijo que espera durante el embarazo o antes y que este, en algún momento de la gestación, se verá perdido. En *Tres ensayos de teoría sexual* (Freud, 1905/1978), se identifican dos tiempos de la elección de objeto, el primero se ubica en la niñez, y el segundo se configura en la pubertad. El primer tiempo se caracteriza por mantener una naturaleza infantil de sus metas sexuales; el segundo tiempo sobreviene durante la pubertad y se caracteriza por la conformación definitiva de la vida sexual.

Los resultados de esos dos tiempos van a toparse con su inaplicabilidad a consecuencia del proceso de la represión, entre esos avatares, la elección de objeto puede sufrir cambios, renovarse o mantenerse. Es lo que posteriormente, en *Consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos* (Freud, 1925/1979), y la *33ª conferencia* (Freud, 1933/1979), el autor examina las características de la evolución de la sexualidad en las mujeres; a grandes rasgos, se entiende que durante la fase preedípica el vínculo libidinoso entre la madre y la hija es de suma importancia y decisiva en la adquisición de las cualidades con las que cumplirá su papel y función sexual. Más adelante, durante la fase fálica hay un cambio de zona y objeto sexual, de este proceso de cambio se desprende el complejo de castración que será la introducción en el complejo de Edipo, aquí el padre deviene objeto de amor para la niña, el descubrimiento de su castración es un punto de viraje en su desarrollo, ya que todo lo anterior puede reparar en dificultades al prefigurado desarrollo hacia la feminidad.

Como se puede percatar, los vínculos infantiles con los padres son de suma importancia para la posterior elección del objeto sexual, y de ahí que se deparen las

consecuencias en su vida sexual como adulta. Una de ellas es el embarazo, reconocido como un momento crucial en el que se pone en juego simultáneamente el papel como madre e hija y donde además, se facilita la reedición de aspectos propios de su desarrollo psicosexual. Ante esto, se entiende que hay movimientos pulsionales encaminados a la preparación del encuentro entre ella y el hijo que viene, lo cual se torna crítico cuando se necesita una trasmudación de estos movimientos debido a la muerte del hijo, en el mejor de los casos, tendría que estar dirigido a iniciar un proceso de elaboración o tramitación de la pérdida.

Retomando lo expuesto por Freud (1920/1979) en *Más allá del principio del placer*, alrededor de las argumentaciones que desencadena a partir de la observación del juego infantil de un niño pequeño, el fort-da. La argumentación relevante para este trabajo tiene que ver con el papel que mantiene en los adultos, el juego y la imitación artísticos en la elaboración de lo displacentero, en palabras de Freud:

Unas reflexiones para terminar: el juego y la imitación artísticos practicados por los adultos, que a diferencia de la conducta del niño apuntan a la persona del espectador, no ahorran a este último las impresiones más dolorosas (en la tragedia, por ejemplo), no obstante lo cual puede sentir las como un elevado goce. Así nos convencemos de que aun bajo el imperio del principio de placer existen suficientes medios y vías para convertir en objeto de recuerdo y elaboración anímica lo que en sí mismo es displacentero. (p. 17).

Es importante recordar que la madre del mismo niño observado, muere cuando él tiene 5 años, quien no mostró duelo alguno por la madre.

Sin embargo, en la misma obra en cuestión, Freud (1920/1979) repara que la experiencia más universal apoya la conclusión de que en el alma existe una fuerte tendencia al principio del placer, pero otras fuerzas la contrarían, lo cual no resulta en la tendencia al placer. Atendiendo a la pregunta sobre las circunstancias capaces de impedir que el principio del placer prevalezca, en primera instancia tiene que ver con el carácter de una ley, es decir, “bajo el influjo de las pulsiones de autoconservación del yo, es relevado por el principio de realidad” (p. 10), que consigue posponer la satisfacción. Otra fuente del desprendimiento del displacer no es tan sujeta a la ley, esta “surge de conflictos y escisiones producidas en el aparato anímico mientras el yo

recorre su desarrollo hacia organizaciones de superior complejidad” (p. 10); ciertas pulsiones son segregadas por el proceso de represión y si luego consiguen procurarse por ciertos medios alguna satisfacción directa o sustitutiva, lo cual puede ser visto como una posibilidad de placer, es sentido por el yo como displacer. La mayor parte del displacer que se siente es un displacer de percepción, “puede tratarse de la percepción del esfuerzo de pulsiones insatisfechas, o de una percepción exterior penosa en sí misma o que excite expectativas displacenteras en el aparato anímico, por discernirla este como peligro” (p. 11).

Más adelante, Freud (1930/1979), en *El malestar en la cultura* ubica tres fuentes desde donde puede amenazar el sufrimiento, a saber:

Desde el cuerpo propio, que, destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; desde el mundo exterior, que puede abatir sus furias sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas, destructoras; por fin, desde los vínculos con otros seres humanos. (p. 77).

Esta última fuente, se le reconoce como la que puede ocasionar mayor sufrimiento, y según lo observado, es precisamente con la que las pacientes se enfrentan en los casos de pérdida gestacional, ubicados desde dos vertientes, la primera en relación al vínculo preestablecido con el hijo y la otra, en el vínculo con seres queridos como su pareja y/o padres.

El sentimiento yoico implica el deslindamiento de todo lo otro, percibir fronteras claras y netas respecto del yo. Esto último, según los elementos expuestos hasta el momento, no fue siempre igual, pues al comienzo del desarrollo, el lactante no separa su yo de un mundo exterior de donde afluyen las sensaciones. Es así que sobre la base de incitaciones que le proporcionen gran impresión aprende a discernir que sus órganos corporales pueden enviarle sensaciones y otras, el que le atribuye mayor satisfacción, el pecho, se le sustrae temporariamente y solo consigue recuperarlo reclamando su presencia. De esa manera, se le contrapone al yo un objeto ajeno, se da cuenta de que mucho de lo que no se quería resignar porque generaba displacer no era el yo, sino el objeto. Este último es el primer paso para instaurar el principio de realidad (Freud, 1920/1979).

Acudiendo a la afirmación de Freud (1905/1979): El hallazgo {encuentro} de objeto es propiamente un reencuentro” (p. 203); cuando este objeto se ve perdido, las reacciones ante ello pueden ser de dos tipos, según lo expuesto en *Duelo y melancolía* (Freud, 1917/1979), trabajo donde se discierne entre las influencias que suscita el duelo y por otra parte la melancolía. El duelo lo define como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces” (p. 241), el cuadro que se presenta puede ser similar al de la melancolía, sin embargo la diferencia radica en que “falta en él la perturbación del sentimiento de sí... también ella puede ser reacción frente a la pérdida de un objeto amado; en otras ocasiones, puede reconocerse que esa pérdida es de naturaleza más ideal. El objeto tal vez no está realmente muerto, pero se perdió como objeto de amor” (p. 241).

Lo expuesto hasta ahora ha sido aludiendo a procesos psíquicos elementales para ahora remitirse al análisis de los procesos psíquicos desencadenados durante el pasaje hospitalario por pérdida gestacional. Las incidencias a nivel psíquico que se pueden desencadenar a partir de la muerte del hijo pueden ser variadas, Orozco (2011), en sus desarrollos a partir de referentes legendarios nos ofrece una idea de las magnitudes que puede alcanzar este hecho en el caso concreto de la leyenda tan popular en México, *La llorona*:

¡oh hijos míos, ya nos perdimos! ...La pérdida que se exclama implica a la propia madre y anoticia su impotencia ante un mal que se avecina, ante un mal que acecha (p. 19). La angustia encarnada en la Llorona es la de un dolor inconmensurable, la de un llanto resonante, la de un grito que va más allá de la angustia, que desborda la angustia, en tanto es el pesar de una pérdida a la que no es posible resignarse. (p. 23).

Otro referente es el que ofrece Nasio (1996), cuando describe su experiencia analítica con una mujer que experimenta la muerte de su hijo a escasos días de nacido:

Descubrí a una mujer transformada por la angustia ...su cuerpo encarnaba perfectamente el yo exangüe del ser dolido, un yo abatido, suspendido en el recuerdo vivo del niño desaparecido; recuerdo machacado por una pregunta insistente: ¿De qué murió? ¿Por qué y cómo murió? ¿Por qué a mí? (p. 14).

Abordando el primer suceso del pasaje hospitalario, Nasio (1996), define al dolor precisamente como el “afecto que sobreviene de la pérdida de un objeto al cual estamos tan íntimamente vinculados que ese lazo resulta constitutivo de nosotros mismos. Este dolor expresa en la conciencia por parte del yo del estado de conmoción pulsional provocado por la ruptura súbita de lazo que nos vincula con el Otro elegido” (p. 39). En ese sentido, cuando la pérdida es súbita, el dolor es inasimilable por el yo y emana del ello. Aludiendo al caso de una paciente que con un estruendoso llanto afirma lo siguiente: *“me quiero morir, mi bebé se me fue”*. Al relatar el momento preciso del aborto, afirma quedarse paralizada observando a su bebé llorando en el piso, interpretando el llanto de la siguiente manera: *“mi bebé estaba ahí llorando en el piso, me pedía auxilio, protección porque está indefenso y aun no es su tiempo para nacer; después me gritó ¡mamá!, ya le platiqué a mi mamá pero no me cree, cree que fue producto de mi imaginación, pero yo lo escuché”*. Para ilustrarlo con otro caso, una de las pacientes intenta describir su experiencia sin lograr articular otra frase distinta a: *“está llorando el bebé, ¿dónde está?”*; su respiración se encontraba notablemente acelerada, esforzándose por levantarse de su cama, dirigiendo su mirada a toda la sala intentando encontrar al bebé que llora.

Pasando al segundo suceso, de acuerdo con Freud (1920/1979), en la neurosis traumática se destacan dos rasgos que se toman como punto de partida de la reflexión, el primero trata sobre el hecho de que el centro de gravedad de la cuasación se sitúa en el factor de la sorpresa, en el terror, y un simultáneo daño físico o herida contrarresta la producción de la neurosis:

Terror, miedo, angustia, se usan equivocadamente como expresiones sinónimas; se las puede distinguir muy bien en su relación con el peligro. La angustia designa cierto estado como de expectativa frente al peligro y preparación para él, aunque se trate de un peligro desconocido. (p. 12)

Ante esto, no se cree que la angustia pueda producir una neurosis traumática, debido a que en la angustia hay una suerte de protección contra el terror, por tanto, también contra la neurosis.

Regresando al planteamiento de Freud (1914-1916), en el que se sostiene que puede existir una pérdida de naturaleza ideal, en los casos de hospitalización por

pérdida gestacional, también se observa que además de la muerte del hijo, tienen que vérselas con la angustia que se origina en una incertidumbre acerca de saber cómo han reaccionado sus familiares por la noticia de la muerte del hijo. En consecuencia, se manifiestan sentimientos de angustia y culpabilidad; Nasio (1996), ha definido a la primera como “reacción a la amenaza de una eventual pérdida del ser amado o de su amor” (p. 77), mientras que a la culpabilidad la define como “una variante de la angustia; reacción a la amenaza de que el ser amado me retire su amor, a guisa de castigo por una falta real o imaginaria que cometí o podría cometer” (p.77). Lo anterior puede ilustrarse mediante lo dicho por una paciente que hasta el momento de la sesión no había visto a sus familiares, específicamente su madre y su pareja: *¿Qué van a decir de mí? Dígame, ¿usted cree que tengo la culpa? Ellos me dijeron que comiera, que si le pasaba algo iba a ser mi culpa. Es mi culpa porque no les hice caso.*

Tales expresiones remiten a lo señalado por Freud (1930/1979), al afirmar que se llega a tener un sentimiento de culpa cuando la persona ha hecho algo que discierne como malo; incluso cuando no ha hecho nada malo, pero discierne en sí el mero propósito de obrar de ese modo. Se le descubre fácilmente en su desvalimiento y dependencia de otros; su mejor designación sería la angustia frente a la pérdida de amor. Si pierde el amor del otro, de quien depende, queda también desprotegido frente a diversas clases de peligro.

Sin embargo, cuando llega el momento en el que se tiene que ver de frente con sus familiares, elemento que remite al tercer suceso, los hallazgos indican que se confrontan las fantasías producidas en momentos anteriores y este, generalmente no coincide con las reacciones que observa en sus familiares durante los primeros encuentros con ellos. En ese momento deja de haber incertidumbre y las incidencias desencadenadas durante el pasaje hospitalario ceden, como la angustia, al igual que la culpa y el dolor.

Conclusiones

Recordando que los objetivos que movilizaron la investigación-intervención fueron, por un lado el de investigación, que consistió en dar cuenta de los procesos psíquicos emergentes en pacientes hospitalizadas por diagnósticos que indican pérdida gestacional, y como clínico, posibilitar una intervención clínica a pacientes

hospitalizadas por diagnósticos que indican pérdida gestacional. Conjugado con estos, se estableció la cuestión de analizar los procesos psíquicos desencadenados a partir del internamiento por diagnósticos que indican pérdida gestacional.

Como se propuso dilucidar en el desarrollo del presente artículo, los procesos psíquicos de los que se dieron cuenta tuvieron que ver con las manifestaciones de dolor, la incertidumbre, la angustia y la culpabilidad durante el pasaje hospitalario, al cual, como ya se describió, afectaron las características de la institución de salud al no permitir visitas de familiares durante el internamiento en tococirugía, área en la que permanecen mayor tiempo, horas importantes del proceso de la pérdida gestacional.

Vale decir, que no se tienen elementos para afirmar que se observó alguna suerte de elaboración o tramitación de la pérdida; sin embargo es importante destacar que hay indicios de una simbolización por parte de algunas pacientes, notándose en expresiones como las siguientes: *“yo al principio no deseaba estar embarazada, pero conforme pasaban los días me iba haciendo a la idea y empecé a aceptarlo y quererlo, pero ahora que lo pienso, la caída que tuve no creo que haya sido tan accidentada, creo que fue porque yo de todas maneras seguía sin querer estar embarazada, yo no lo quería pero me duele, era mi hijo...”* Esta paciente perdió a su hijo a los tres meses de gestación, momentos antes de la expulsión del feto, ella estaba realizando tareas domésticas cuando cae al piso por resbalarse con un carro de juguete de uno de sus hijos, a lo cual atribuye la causa de esa pérdida gestacional.

En otro caso, una paciente que muere el hijo durante el sexto mes de gestación, además estaba diagnosticada con endometriosis, razón por la cual había transitado por largos y dolorosos tratamientos para lograr embarazarse por primera vez, en un momento de la situación clínica expresó lo siguiente: *“mi esposo y yo deseábamos mucho un hijo, por eso estuvimos en tratamientos pero eran muy difíciles y dolorosos, llegó un momento en el que solo teníamos relaciones sexuales porque era la indicación del médico, ya no sentíamos atracción ni ganas de hacerlo, nos decepcionamos y dejamos de acudir con el médico y abandonar el tratamiento, cuando volvimos a hacer el amor fue cuando quedé embarazada, y ahora resulta que se me murió. Creo que lo que yo tengo más bien tiene que ver con algo psicológico, algo de mí y no tiene que ver*

con una enfermedad porque nosotros solos, cuando volvimos a hacer el amor, pude quedar embarazada”.

Con estas notas, se quiere transmitir el hecho de que, al margen de que la práctica clínica se llevara a cabo alejada de un encuadre tradicional, el dispositivo en cuestión posibilitó trascender estas condiciones del espacio institucional y lograr una intervención donde es posible argumentar que se dispusieron los elementos necesarios para posibilitar procesos de simbolización.

Un punto que se considera importante a analizar tiene que ver con las cuestiones transferenciales; ya que tradicionalmente en las instituciones de salud se concibe la atención psicológica en espacios de consulta externa, espacios privados con sesiones cada cierto tiempo y duración determinada, con objetivos compartidos con las políticas de salud pública., por ejemplo, persuadir para que las mujeres elijan un método anticonceptivo, de preferencia un dispositivo intrauterino, convencer de los beneficios de la lactancia materna, etc. al margen de cuestionar la pertinencia en este ámbito sobre esas actividades que se demandan al personal de psicología, es indudable que cuando estas prácticas se llevan a cabo, se desestima el discurso del sujeto. La prioridad durante esta intervención, como se ha mencionado anteriormente, fue priorizar la emergencia de la palabra y la escucha analítica; a partir de esto, hay un reconocimiento por parte las pacientes y por el mismo personal del hospital que la intervención se encuentra inserta en la institución, pero con otra posición epistémica, aunque se utilice una bata clínica. Atendiendo a lo anterior y volviendo al tema transferencial, vale la pena insistir en la cuestión, desde la teoría psicoanalítica, qué tipo de relación transferencial es posible que se establezca; considerando como un factor importante el hecho de que a estas pacientes en particular, solo permanecen en hospital alrededor de 24 horas, y tomando en cuenta que al acudir a un servicio de urgencia, hay una demanda puesta en el hospital.

Siguiendo con las precisiones respecto de la práctica clínica, se propusieron sesiones de seguimiento si alguna de ellas así lo deseaba, de modo que se establecieron citas después de emitida el alta hospitalaria, en términos de hallazgos clínicos en estos casos, se pudo inferir que el embarazo se había dado como un esfuerzo de encontrar una respuesta respecto de su lugar como sujeto, en este caso

del embarazo, el ser madre. Es desde este ángulo que una de las pacientes, que pierde a su hijo a los seis meses de gestación, insistentemente durante cada sesión se pregunta *¿por qué a mí? ¿Por qué yo?* y durante una sesión expresa lo siguiente: *“me he dado cuenta que no tengo nada, que no soy nada, no tengo nada para mí, ni siquiera un momento para mí, como esa sensación de vacío que tenía cuando estaba en el hospital, me descubrí que no puedo ni ir al baño sola porque mi niña me tiene que estar viendo, todo es para ella; si yo me estoy comiendo algo y me lo pide, se lo tengo que dar; si voy caminando en la calle y se me antoja algo, decido mejor no gastarme el dinero en mí y comprarle algo a mi niña”*

En otro de los casos, una paciente que pierde a su hijo en el cuarto mes de embarazo, se impresiona al descubrir en una sesión lo siguiente: *“yo quisiera que mi mamá me vea cómo ve a mi hermano, de él sí espera algo, dice que va a ser alguien en la vida, pero ellos no esperan nada de mí y es que nunca hago nada bien, hasta mi hijito se me murió... Yo soy una simple ama de casa, ni eso, a una ama de casa la respetan y tiene un lugar en su casa, pero yo no, yo soy como una sirvienta, me tratan como su sirvienta y lo que yo quiero no es ni siquiera ser como mi hermano, quiero ganarme el lugar de hija”*

Las notas anteriores, reflejan la importancia de dar un seguimiento clínico a las pacientes, incluso el personal médico en ese mismo tenor, expresó lo indispensable que resultaría promover procedimientos para facilitar que se logre una atención post hospitalaria. Además, lograr un diálogo y la interlocución entre las disciplinas respetando la posición epistémica y los objetivos de cada una de las prácticas tanto médica como la del psicoanálisis, podría enriquecer la puesta en marcha de otros dispositivos de intervención con fundamentación psicoanalítica.

Referencias

1. Breuer, J. y Freud, S. (1979). Estudios sobre la histeria. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 1-316). (trabajo original publicado en 1893)
2. Cassasco, G. y Pietrantonio, E. (2008). Aborto: guía de atención. *Revista del Hospital Infantil Ramón Sordá*. 27(001), pp. 33-41. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/912/91227106.pdf>
3. Marrello, P. (1998). El trabajo del psicoanalista en la guardia hospitalaria. *Psicoanálisis y Hospital*. 13, pp- 60-65
4. Nasio, J. D. (1996). *El libro del dolor y del amor*. Barcelona: Gedisa
5. Orozco, G. M., (2011). Entre los surcos de Medea y los avatares de La Llorona. En M. Orozco, F. Gamboa, D. Pavón, A. Huerta, y P. Cantoral (Eds.) *Configuraciones psicoanalíticas sobre espectros y fantasmas* (pp. 15-54).
6. Freud, S. (1979). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 259-276). (trabajo original publicado en 1925)
7. Freud, S. (1979). Duelo y melancolía. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 235-256). (trabajo original publicado en 1917)
8. Freud, S. (1979). El malestar en la cultura. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 57-140). (trabajo original publicado en 1939)
9. Freud, S. (1979). Más allá del principio del placer. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 1-62). (trabajo original publicado en 1920)
10. Freud, S. (1979). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 1-168). (trabajo original publicado en 1933)

11. Freud, S. (1979). Tres ensayos de teoría sexual. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *The estándar edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 109-156). (trabajo original publicado en 1905)
12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica: panorama sociodemográfico de México : principales resultados.* (No. 304.6021072). Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enadid/enadid2009/ENADID_2009_Pan_Soc.pdf
13. Ministerio de Salud. (2011). *Orientaciones técnicas para la atención integral de las mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas.* (Resolución exenta No. 264). Recuperado de <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>

APÉNDICE C

Solicitud para la realización de Programa de Residencias en el Hospital del Niño y la Mujer

“Dr. Alberto López Hermosa”



San Luis Potosí, 14 de septiembre de 2011,

DR. ROBERTO AVALOS CARRAJAL
COMISIONADO DE LA COEPRIS

Asunto: Prácticas Profesionales de Estudiantes de la Maestría en Psicología, UASLP.

Por medio de la presente me permito saludarlo y solicitar atentamente autorización para que las Licenciadas en Psicología María Ángeles Fernández Carapia y Eunice Amor González Ochoa realicen Prácticas Profesionales del área en el Hospital del Niño y la Mujer de esta ciudad.

Las Licenciadas en Psicología Fernández Carapia y González Ochoa son actualmente alumnas que cursan el primer semestre de la Maestría en Psicología (con registro en el Padrón de Programas de calidad Conacyt).

Nuestro Programa requiere que los alumnos realicen dichas prácticas profesionales como elemento indispensable de su formación para ejercitar los saberes teóricos metodológicos adquiridos en el Programa.

Su autorización será muy relevante para condicionar en esta importante realización. Es así que proponemos que los alumnos inicien dicho ejercicio el 20 de septiembre del presente por un periodo de un año, hasta el 19 de septiembre de 2012.

El requisito de las prácticas profesionales es de cumplir 6 horas a la semana conformando el horario a disposición de la institución.

Las actividades que se realizarán son las siguientes: intervención de apoyo y acompañamiento psicológico a mujeres con embarazo de alto riesgo y a pacientes en periodo postparto por Cesárea en el Área de Gineco obstetricia del Hospital.

Agradeciendo de antemano la atención que sirva a la presente y no dudando el vernos favorecidos en nuestra petición, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

“SIEMPRE AUTÓNOMA. POR MI PATRI, EDUCARÉ”



Antonia Reyes Arellano
EQUIPO DE PSICOLOGÍA
HOSPITAL DE PSICOLOGÍA
DRA. MA. ANTONIA REYES ARELLANO
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA



C.a. Arellano

APÉNDICE D

Constancia de liberación de Programa de Residencias en el Hospital del Niño y la Mujer

“Dr. Alberto López Hermosa”



San Luis Potosí	
Dirección: POLÍTICAS Y CALIDAD EN SALUD	
Departamento: CAPACITACIÓN E INFORMACIÓN EN SALUD	
Dominio: JESUS GONZALEZ OCHOA NO. 100 C.P. 24000	
PRIME. TANGAMANGA	
Número de Oficio	
Expediente	2013-08188

ASUNTO: Liberación.

17 ABR. 2013

San Luis Potosí, S.L.P.,

DR. OMAR SÁNCHEZ – ARMÁS CAPELLO
JEFE DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y
POSGRADO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
CARRETERA CENTRAL KM 424.6
ZONA UNIVERSITARIA ORIENTE, S.L.P. / 24004
CIUDAD.

Por medio del presente se hace constar, para los efectos de que hubiere lugar que la:

G. GONZALEZ OCHOA EUNICE AMOR

Alumna de la

MAESTRIA EN PSICOLOGIA

Cumplió satisfactoriamente con su Programa de Residencias de la Maestría en Psicología en el Área de Formación Profesional en Estudios Psicoanalíticos, que le fue encomendado en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” de los Servicios de Salud, durante el periodo comprendido del 01 de septiembre del 2011 al 26 de febrero del 2013.

ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN
EL DIRECTOR GENERAL.

DR. FRANCISCO JAVIER POSADAS ROBLEDO



MAA/M/PSY/03/03/13

“2013, Año del 150 Aniversario de San Luis Potosí, como Capital de los Estados Unidos Mexicanos”