



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA
SALUD

FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

*“VIH/SIDA: Procesos de Subjetivación Durante la
Internación Hospitalaria”*

Carrera: Licenciatura en Psicología

Autora: Julieta Lopez Argerich

Director de TIF: Dr. Diego Benegas Loyo

Año 2017

Agradecimientos

Agradezco al Dr. Laube y a los miembros del equipo de salud del Hospital Muñiz; a Fundación Huésped y NEXO A.C. por recibirme tan gentilmente y orientarme con mis inquietudes.

Al IUCS Fundación H. A. Barceló, en particular a la Lic. Hebe Perrone por las oportunidades brindadas a lo largo de toda mi carrera; a mis profesores, en especial a Doris Spaisky, Viviana Stirnemann y Silvio Maresca de quienes he aprendido mucho, y a quienes respeto y por sobre todo admiro.

Agradezco profundamente a mi director de TIF, Dr. Diego Benegas Loyo, por su entrega, compromiso, dedicación y tiempo. A quien admiro como profesional y persona.

A mis padres, por su amor y apoyo incondicional. Por creer en mí y acompañarme en mis sueños.

A mis hermanos: Sil, Fer y Anita por ser mis pilares.

A mis seres queridos por el apoyo y la contención emocional: Mati, Majo, Jime, Luz, Ina, Caro, Lucho, Martu, Andy, Gaby, Elba y Jr.

A photograph of a white grid paper with handwritten text in blue ink. The text is organized into three columns. The first column is headed 'FECHA INGRESO' and contains the date '27-1-17'. The second column contains the number '8102'. The third column contains the text 'HALC RWCHO'. There are some faint marks and a small number '1' in the bottom right corner of the grid.

FECHA INGRESO		
27-1-17		P
	8102	
	HALC RWCHO	

¹ Pizarrón en sala de equipo de salud, sala 21. Hospital J. F. Muñiz. Fotografía tomada el día 10/02/2017

ABSTRACT:

En el marco de la epidemia global del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la enfermedad del SIDA, se aborda esta enfermedad como una problemática de Salud Pública. En el Hospital de Enfermedades Infecciosas "Dr. Francisco J. Muñiz" se encuentran internados pacientes con VIH/SIDA residentes de la Ciudad de Buenos Aires (CABA), Conurbano Bonaerense, e interior del país. Algunos de ellos pasan largos periodos internados. El presente escrito es el trabajo final de la carrera de Licenciatura en Psicología. Se trata de una investigación exploratoria que consiste en un ejercicio de integración teórico-práctica. La pregunta sobre los procesos de subjetivación de los pacientes internados con VIH/SIDA y cómo esta problemática se constituye en un ámbito de intervención para la psicología en este Hospital se aborda desde diferentes niveles de análisis: institucional, vincular y subjetivo. Se encuentra una situación estructurada a partir de dos ejes: la extrema vulnerabilidad socioeconómica y una enfermedad con pesados estigmas sociales. Las conclusiones se constituyen como hipótesis sobre los procesos de subjetivación de estos pacientes. Este estudio aspira a constituirse en una reflexión sobre la subjetividad en las Instituciones de la Salud Pública.

Palabras clave:

VIH, SIDA, Internación, Subjetividad, Hospital, Salud Pública.

ÍNDICE

PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN	7
1. INTRODUCCIÓN	8
2. FUNDAMENTACIÓN:	10
2.1 MARCO TEÓRICO.....	10
I. VIH/SIDA.....	10
I.I VIH/SIDA en Argentina.....	14
Ii. Hospital Juan Francisco Muñiz: Enfermedades Infecciosas	15
Ii.I La Institución	17
Ii.Ii Instituciones Terapéuticas.....	18
Ii.Iii Institución Total	20
Iii. El Rol del Psicólogo en los servicios de Guardia	23
Iii.I La Clínica Psicoterapéutica con Pacientes con VIH/SIDA.....	24
Iii.Ii Interconsulta Médico-Psicológica.....	25
Iii.Iii Relación Médico-Paciente	26
2.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	30
Planteamiento Del Problema:.....	31
Preguntas De Investigación:.....	32
3. OBJETIVOS.....	33
4. METODOLOGÍA.....	34
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	34
4.2 CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO DE RELEVAMIENTO:	35
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	36
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	37
I. Relevamiento De Documentación De Archivo:.....	37
II. Observación Participante:	38
III. Entrevistas:	39
4.5 METODOLOGÍA DE ANÁLISIS:	42
SEGUNDA PARTE: ARTICULACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA.....	44
CAPÍTULO I: Ingreso	45
CAPÍTULO II: Internación.....	53
CAPÍTULO III: Atención y Tratamientos	62
CAPÍTULO V: Situaciones Especiales.....	75

CAPÍTULO VI: Externación.....	82
CONCLUSIONES.....	88
REFERENCIAS.....	91
ANEXO:.....	95

PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En el contexto de la epidemia de SIDA es importante distinguir dos cuestiones esenciales: en primer lugar, cualquier enfermedad obedece a múltiples causas, una de las posibles es el llamado agente etiológico que constituye una condición necesaria pero no suficiente (Noguero, 1992). Por otro lado, ninguna enfermedad se distribuye al azar en las poblaciones, en especial las enfermedades infecciosas se distribuyen según los niveles socioeconómicos y culturales de las comunidades. Los riesgos son mayores y las posibilidades de realizar prevención disminuyen de manera significativa en grupos sociales más vulnerables.

El Hospital de Enfermedades Infecciosas “Dr. Javier Francisco Muñiz” atiende en su mayor parte a personas de muy bajos recursos o en situaciones de extrema vulnerabilidad social. Este hecho se constituye como uno de los ejes que atraviesan el análisis realizado en el presente trabajo. El otro eje trae a consideración la gran estigmatización social asociada a esta enfermedad. Sin embargo, el foco estará puesto en el punto de vista psicológico como principal lineamiento de la investigación. Aquí se pretende indagar en cómo se desarrolla la subjetividad de los pacientes con VIH/SIDA al estar internados, considerando que pueden llegar a pasar largos períodos transitando ese proceso.

Es parte de la profesión del psicólogo el vislumbrar situaciones complejas, para poder aportar desde sus conocimientos y en el marco de la Ley de Salud Mental n.º 26.657 ideas, proyectos, acciones, intervenciones, que logradas en un trabajo en equipo con otros saberes enriquezcan la atención integral a personas con enfermedades con entramados sociales y de salud tan complejos como los pacientes con VIH/SIDA.

El presente Trabajo Integrador Final tiene como objetivo la articulación teórico-práctica entre los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera de licenciatura en psicología y 220 horas de prácticas realizadas en el marco de la práctica intensiva final. Este trabajo se trata de una investigación con un diseño

metodológico de tipo exploratorio cuyo objetivo general consiste en conocer el desarrollo de la subjetividad de los pacientes internados con VIH/SIDA.

Con miras al objetivo general de investigación, el desarrollo de la articulación teórico-práctica se organizó en seis capítulos donde se pretende describir el proceso de internación hospitalaria y las vicisitudes que atraviesan los pacientes según tres niveles de análisis: institucional, relacional y subjetivo. La distribución de los capítulos es la siguiente:

En el capítulo I, se aborda el ingreso de los pacientes con VIH/SIDA al Hospital Muñiz. El recorrido inicia presentando el ingreso por sala de Guardia, describiendo el pedido de internación y, finalmente, señalando características del trabajo del psicólogo en la Guardia. En el capítulo II, se identifica cómo es el momento de la internación de un paciente con VIH/SIDA en el Hospital Muñiz y cuáles son las prácticas que se realizan durante esta etapa del proceso.

El capítulo III consiste en una descripción y un análisis de los momentos relacionados con la atención y los tratamientos de las patologías y síntomas que presentan. El capítulo IV, por su parte, analiza la manera en que una rutina ejercida por el grupo de control en el hospital puede plantear diferentes vicisitudes relacionadas con el trabajo interdisciplinario.

El capítulo V incluye aquellos casos considerados como “situaciones especiales” por situarse fuera de la norma del paciente esperado por el hospital y la manera en que estas situaciones se conforman como áreas de intervención para los psicólogos. Finalmente, el capítulo VI recorre las vicisitudes que atraviesan los pacientes que se encuentran en el proceso de externación y cómo viven este momento los miembros del equipo de salud.

1. FUNDAMENTACIÓN:

1.1 MARCO TEÓRICO

I. VIH/SIDA

El VIH es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Este ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias y altera su función, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente. En su fase más avanzada, la infección que este virus causa se conoce como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo del sujeto. El SIDA se define por la aparición de ciertos tipos de cáncer, infecciones u otras manifestaciones clínicas graves.

En *PSIDA: un enfoque integral*, el Dr. Pedro Cahn (1994) realiza un capítulo introductorio al conocimiento del sistema inmune. Al respecto, dice que el sistema inmune es el encargado de defenderse del ataque de elementos que reconoce como extraños. Implica una red configurada por células especializadas y órganos que enfrentan las infecciones producidas por bacterias, hongos, virus o parásitos. Ante un mal funcionamiento de este sistema, pueden generarse una serie de enfermedades con diverso grado de severidad, entre las más graves el SIDA. Esta última, se trata de una enfermedad infecciosa producida por un virus que ataca a los linfocitos CD4, que son las células especializadas en coordinar las respuestas del sistema inmune y, por lo tanto, este sistema queda desorganizado y se franquea el acceso a infecciones y tumores oportunistas.

La infección por VIH consiste en diferentes etapas: en un primer momento existe la etapa de primoinfección. Esta ocurre entre las 2 o 4 semanas de exposición al VIH y consiste en un cuadro agudo caracterizado por fiebre, ganglios inflamados, rash cutáneo, malestar y decaimiento. En este momento

es cuando el virus se vuelve detectable en las pruebas de laboratorios. Posteriormente, comienza una etapa asintomática, llamada inicial. En este momento la persona porta el virus y posee la capacidad de transmitirlo a terceros. La única anormalidad clínica (desde el punto de vista médico) que presenta en este momento la persona es el examen de sangre.

Con frecuencia, transcurrido un tiempo empiezan a aparecer las primeras anormalidades, como pueden ser ganglios aumentados de tamaño, lesiones en la boca, pérdida de peso, diarreas, cansancio muscular, entre otras. Este es un periodo intermedio en la enfermedad. Finalmente, cuando aparece alguna de las llamadas *enfermedades marcadoras* o la *enfermedad constitucional* se señala el paso a la etapa tardía de la enfermedad que corresponde con el cuadro de SIDA propiamente dicho. La *enfermedad constitucional* se define por una pérdida de peso mayor al 10 %, acompañada por diarreas de más de un mes de evolución, y/o debilidad crónica y fiebre por más de 30 días. Se trata de pacientes que presentan serio deterioro físico pero sin otra enfermedad presente, como la tuberculosis o el cáncer. En este estadio en la enfermedad también puede encontrarse en *encefalopatía por VIH* consistente en sintomatología cognitiva motora que afecta a las tareas diarias de la persona. Esta patología consiste en daño cerebral producido por el virus que puede avanzar hasta constituirse como causa de muerte.

Además en el estadio avanzado, también pueden encontrarse las llamadas «infecciones oportunistas mayores» y que son consideradas comarcadoras del SIDA, entre las cuales se encuentran: neumonía, toxoplasmosis cerebral, herpes mucocutáneo crónico, tuberculosis, meningitis, candidiasis esofágica, bronquial, o pulmonar, entre otras. También pueden encontrarse tumores marcadores de la enfermedad de SIDA, produciendo cáncer.

Probablemente, poseen una relación más directa con el área de la Salud Mental las infecciones que afectan al sistema nervioso central, como la toxoplasmosis cerebral y la meningitis, dado que pueden ocasionar trastornos del sensorio, foco neurológico y sintomatología similar a la de una demencia.

En cuanto a su transmisión, el VIH se contagia a través del contacto de diversos líquidos del cuerpo de personas infectadas, estos son: sangre, leche

materna, semen o secreciones vaginales. Este contagio no ocurre por contactos cotidianos como besos, abrazos, apretones de manos o al compartir espacio u objetos personales, alimentos y bebidas. Por lo tanto, existen ciertos comportamientos que incrementan el riesgo de contraer VIH, como ser la práctica de relaciones sexuales vía vaginal o anal sin preservativo; padecer alguna Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS), como la sífilis, gonorrea, herpes, clamidia o vaginosis bacteriana; recibir inyecciones o transfusiones de sangre sin garantía de seguridad o sin material esterilizado; la vía materno infantil (de la madre a su hijo) durante el embarazo, trabajo de parto, alumbramiento o amamantamiento. La principal fuente de prevención es el preservativo, considerando que la sexual es actualmente la principal vía de contagio de este virus.

En cuanto a su diagnóstico, existen pruebas que detectan la infección por el VIH con gran exactitud. Este virus puede detectarse en la mayoría de las personas en un plazo de 28 días posteriores al contagio, dado que ese es el tiempo en el que se crean anticuerpos contra el virus. Es importante considerar que las pruebas de detección se realizan de manera voluntaria, es decir, las personas tienen derecho a no querer someterse a estas pruebas y el estar obligados implicaría una violación a los Derechos Humanos. Por lo tanto, todos los servicios de asesoramiento y las pruebas de detección deben regirse por los cinco principios fundamentales recomendados a este respecto por la OMS: consentimiento informado, confidencialidad, facilitación de orientación (o asesoramiento), garantía de que los resultados de la prueba son correctos, y vinculación con la asistencia, el tratamiento y otros servicios.

Si bien el libro "PSIDA" es del año 1992, mantiene vigencia, por un lado, simbólica, dado que ha sido recomendado los profesionales del Servicio de Guardia del Hospital Muñiz, y por otro, en cuanto a conocimientos, el avance que restaría agregarle es respecto al tratamiento con antirretrovirales. La aparición de este tratamiento es posterior a la publicación de este libro.

El VIH no tiene cura hasta el momento, pero se puede combatir mediante una politerapia que comprenda tres o más antirretrovíricos que controlan la replicación del virus dentro del organismo de la persona y contribuye a

fortalecer su sistema inmunitario, restableciendo así su capacidad para combatir infecciones. El tratamiento antirretrovírico frena la progresión de la enfermedad suprimiendo al virus. Este tratamiento ha reducido enormemente las tasas de mortalidad y del sufrimiento de las personas y responde con mayor eficacia sobre todo en las primeras fases de la enfermedad.

Pensando en el impacto social de este tratamiento, el ampliar el acceso a esta medicación puede reducir la transmisión a nivel poblacional, disminuyendo el número de huérfanos, de transmisión vertical, y también de parejas serodiscordantes (es decir, con uno de los dos infectado y el otro no). Esta terapia ha permitido que hoy se hable de la enfermedad de SIDA, como no fatal, sino crónica.

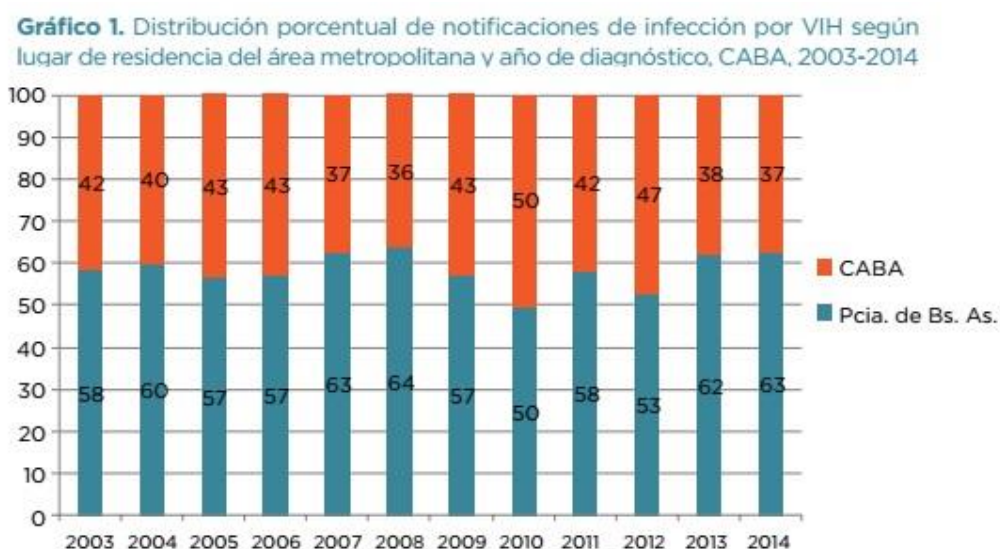
Puede ocurrir que los pacientes presenten Trastornos Neurocognitivos, al respecto, Mangone (1992) explica que la disfunción neurocognitiva es producto de los cambios fisiopatológicos que ocurren en el cerebro como consecuencia de la acción del virus del VIH. Los trastornos psicológicos y conductuales que presentan algunos pacientes pueden responder a reacciones emocionales en relación con el diagnóstico y su aceptación, o bien, por el progreso de la enfermedad.

Aproximadamente, un tercio de los pacientes VIH positivo desarrollan encefalopatía por VIH, mientras que otro tercio presenta trastornos neurocognitivos que no constituyen un cuadro en sí mismos pero que afectan la cotidianidad de esa persona. La encefalopatía por VIH se caracteriza en la clínica por la concurrencia de tres síndromes: en primer lugar, por trastornos en las funciones neuropsicológicas, que implica: afectación de la velocidad de procesamiento de información, trastorno atencional, de memoria y disfunción visuoespacial. También incluye trastornos motores: principalmente en los miembros inferiores, presentando movilidad más lenta, debilidad, temblor, y reflejos arcaicos (chupeteo, prehensión forzada). Por último, aparecen contemplados los trastornos conductuales, entre los cuales encontramos: apatía, indiferencia, disminución de la respuesta emocional, desinhibición, etc.

Lo que no parece figurar en el manual psiquiátrico es cómo lidiar con las particularidades de las respuestas que van a presentar estos pacientes ante la situación estímulo de una internación, o de qué manera los profesionales del equipo que atiende a la salud de un paciente internado pueden acompañar al paciente y brindarle un ambiente tranquilo y seguro en hospitales con tantas necesidades económicas, edilicias y de abastecimiento como el Hospital Muñiz.

I.I VIH/SIDA en Argentina

En Argentina, los registros sobre la enfermedad del SIDA y el virus del VIH fueron variando según la época. La Dirección de Sida y ETS (DSyETS) registra 129.260 casos de personas con VIH o sida entre 1982 y diciembre de 2015. De ellas, 91.558 fueron diagnosticadas con VIH a partir del año 2001, momento en el que comenzó la notificación obligatoria de esta infección. Los 37.702 casos restantes corresponden a personas con diagnóstico de sida en el período 1982-2000. Debe tenerse presente que desde 2008 la vigilancia epidemiológica en la Argentina se centró en los casos de VIH. Entre 2005 y 2014 se reportaron el promedio 6.230 diagnósticos de VIH por año (Ministerio de Salud, 2016).



En C.A.B.A, hasta el 31/8/2014, se notificaron a la Coordinación Sida 16.109 infecciones por VIH con fecha de diagnóstico entre el 10 de enero de 2003 y el

31 de diciembre de 2014. Con respecto al lugar de residencia de las personas notificadas, 6368 (39,5 %) correspondieron a la CABA, 8864 (55 %) al conurbano bonaerense, 234 (1,5 %) a otras jurisdicciones y en 643 casos (4 %) no se dispuso de este dato (Ministerio de Salud, 2016).

Del total de notificaciones, 11.491 (71 %) fueron remitidas por instituciones públicas y 4618 (29 %), por instituciones que brindan asistencia a prepagas y obras sociales. En el Hospital J. F. Muñiz existen 2.659 diagnósticos notificados en el período de tiempo de 2003 – 2016, representando un poco más del 20 % del total de casos notificados en el subsector público de C.A.B.A. En el siguiente gráfico se puede observar que este hospital notifica la mayor cantidad de casos en C.A.B.A.

Distribución de notificaciones de diagnóstico de VIH según hospital notificante, subsector público, CABA, 2003-2014

Hospital notificante	Diagnósticos notificados (2003-2014)*
Álvarez	300
Argerich	726
Borda	21
Durand	243
Elizalde	153
Fernández	1.888
Ferrer	57
Garrahan	253
Gutiérrez	90
Moyano	20
Muñiz	2.659
Penna	702
Pirovano	419
Piñero	892
Ramos Mejía	1.286
Rivadavia	183
Santojanni	706
Sardá	208
Tomú	333
Udaondo	15
Vélez Sarsfield	94
Zubizarreta	188
CePAD**	55
Total	11.491

* Notificaciones recibidas al 31/8/2015 con diagnóstico de VIH entre 2003 y 2014.
 ** En esta edición se incorpora, por primera vez, el detalle de las notificaciones recibidas de los centros de testeo.

II. Hospital Juan Francisco Muñiz: enfermedades infecciosas

La historia del Hospital Muñiz se remonta al año 1882, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Ese 23 de diciembre se inauguró como

“Casa de Aislamiento”, creada por la necesidad de contar con un espacio para atender enfermedades infectocontagiosas.

En agosto de 1894, bajo la gestión del intendente Federico Pinedo comenzó la construcción de los pabellones para el nosocomio actual, dado que el espacio de la casa de aislamiento no era suficiente para la cantidad de casos que se debían atender. Más tarde, se adquirieron nuevos terrenos aledaños y se levantaron más pabellones para aumentar la capacidad de atención a tuberculosos.

Entre 1904 y 1930, hubo un período de incorporación de pabellones, en su mayoría dedicados a atender enfermos tuberculosos, que en aquel entonces no tenían tratamiento sino un diagnóstico bacteriológico. Lo único que se podía hacer era tenerlos aislados para que no estuvieran en contacto con el resto de la población, en este sentido funcionaba como Hospital de Aislamiento. En sus más de cien años de existencia, el Hospital Muñiz ha enfrentado todas las epidemias que afectaron a la Argentina a lo largo del tiempo. Desde la poliomielitis a mediados de la década de 1950, el sarampión de 1969, el hantavirus de 1996 y la pandemia de gripe porcina de 2009.

En la actualidad, el nosocomio se especializa en la lucha, prevención y tratamiento de la infección del virus del HIV SIDA que se prolonga ya desde hace casi tres décadas. En este hospital existen 2659 diagnósticos notificados en el período de tiempo de 2003 – 2016, representando un poco más del 20 % del total de casos notificados en el subsector público de C.A.B.A. Este hospital cuenta con áreas de internación exclusivas para pacientes con VIH/SIDA distribuidas en 5 salas (3 para hombres y 2 para mujeres). En la actualidad, se encuentran internados con esta enfermedad 70 pacientes aproximadamente.

El ingreso principal al hospital es por la calle Uspallata. Sin embargo, en la experiencia de los pacientes que ingresan al hospital para ser internados es por el Servicio de Guardia. La entrada a dicho servicio no está orientada hacia la calle si no que se encuentra dentro de la primera manzana, con orientación hacia el interior del hospital. Cuando los pacientes llegan en auto o ambulancia, el vehículo debe ingresar, rodear la manzana y allí aparece la rampa de acceso para ambulancias a partir de la cual se ingresa a la Guardia.

La sala de espera en el servicio de Guardia es pequeña y posee aproximadamente 10 asientos. Se trata de una sala angosta, con puertas amplias en ambos lados, por lo cual da la apariencia de un pasillo, siempre abierto. Por lo general, hay 2 o 3 pacientes ubicados dentro de la sala, el resto espera en la rampa porque hay lugar para sentarse en los canteros, o en un patio interno que se encuentra cruzando la otra puerta. Desde la sala de espera hay una puerta por la cual los pacientes ingresan a la sala de Guardia.

En el interior de la sala de atención a pacientes en Guardia hay un pasillo con una pequeña mesa y dos sillas, y tres compartimentos con camillas por si el paciente necesita privacidad para ser examinado. Pasando ese segmento, se encuentran los baños para el personal de Guardia, y una puerta frente a estos que da al estacionamiento. Finalmente, al fondo de la sala hay una pequeña habitación con una mesa y un televisor, donde puede estar cualquier persona del equipo de Guardia, dejar sus pertenencias, tomar mate y escribir.

Los pacientes son en su mayoría residentes de C.A.B.A, Provincia de Buenos Aires, y demás provincias de Argentina. Estos se encuentran internados por complicaciones relacionadas al VIH/SIDA y por la deficiencia en su sistema inmune pasan, por lo general, períodos prolongados en las salas de internación; raramente se encuentran internados por períodos menores a 20 días.

II.1 La Institución

Considerando la pregunta inicial de este Trabajo Final, donde se plantea el conocer cómo son los procesos de desarrollo de subjetividad en los pacientes internados en el Hospital Muñiz, necesariamente debe definirse a la institución, en este caso Hospital Muñiz, que alberga a los pacientes. José Bleger (1966) define a la institución como: "Organización de carácter público o semi público que supone un cuerpo directivo y, de ordinario, un edificio o establecimiento físico de alguna índole, destinada a servir a algún fin socialmente reconocido y autorizado...". Se trata de un lugar donde se dan una serie de fenómenos humanos relacionados con la estructura, la dinámica, las

funciones y los objetivos de la institución, y es por estas características que se conforma como un campo de investigación e intervención para la psicología.

Bleger incorpora una visión psicológica a la institución al proponer que "... toda institución no es solo un instrumento de organización, regulación y control social, sino que al mismo tiempo es un instrumento de regulación y de equilibrio de la personalidad, y de la misma manera en que la personalidad tiene organizadas dinámicamente sus defensas, parte de éstas se hallan cristalizada en las instituciones; en las mismas se dan los procesos de reparación tanto como los de defensa contra las ansiedades psicóticas" (Bleger, 1966). De esta manera en la institución encontramos un reflejo de lo que las personas proyectan en ella.

René Kaës (1989) dice que la institución es algo que nos precede, nos piensa, nos habla, nos sitúa y nos inscribe en sus vínculos y discursos. La institución nos estructura sosteniendo algo de nuestra identidad, pues se trata de un sistema de vinculación en el cual el sujeto interviene y al mismo tiempo forma parte constituyente de ella. Esta concepción implica por un lado, asumir que la vida psíquica no se centra exclusivamente en un inconsciente personal, y además, que una parte de ese inconsciente le pertenece a las instituciones en las cuales se apuntala.

Para Kaës y Bleger, la institución si bien se trata de una formación social y cultural, también, realiza funciones psíquicas múltiples para los sujetos, tanto a nivel estructural, como en su dinámica y su economía personal. Estas funciones aportan a la regulación endopsíquica y, además, aseguran las bases de la identificación del sujeto con el conjunto social. La institución conforma un lugar en el cual pueden ser depositadas algunas partes del psiquismo del sujeto que escapan a la realidad psíquica.

II.II Instituciones Terapéuticas

Dentro de las instituciones existe la posibilidad de clasificarlas según la función social que ocupan, entre ellas las instituciones terapéuticas, que poseerán características particulares por dedicarse a la atención y al cuidado de las personas.

Para Eugene Enríquez (1987), una característica importante de las instituciones terapéuticas es el hecho de que están compuestas por individuos que ocupan posiciones asimétricas. Por una parte, están los médicos, enfermeros, analistas, formadores que tienen técnicas específicas y, por otro, están los pacientes o clientes quienes son objetos de esas técnicas. Esas relaciones asimétricas son permanentes: los pacientes no serán miembros activos de la institución. Ellos se acercan en busca de ayuda, de asistencia o de consejo, por lo tanto, existe una demanda de cura. “Llegan llenos de esperanza y dispuestos a la sumisión (...), pero también con sus exigencias desmesuradas y sus posibilidades de rebelión y violencia”

José Bleger (1966) afirma que el contacto con la enfermedad y la muerte por parte de los equipos de salud altos niveles de ansiedad, produciendo comportamientos defensivos de distinto tipo. Puede ocurrir que cuando las tensiones en el equipo médico no son explicitadas, es decir, puestas en palabras y resueltas en ese nivel, son desplazadas al resto del personal o a las relaciones que se establecen entre los pacientes y el personal. Los médicos, generalmente, presentan cierta tendencia a adoptar una actitud que podría pensarse como omnipotente, lo que se conjuga con la dependencia de los pacientes, facilitada por la regresión a la que lleva la misma enfermedad. A los pacientes se les exige de una manera implícita que “se porten bien”, “sean buenos pacientes”, es decir, que se comporten de una manera dependiente, dócil y sumisa.

Los altos niveles de ansiedad que provocan estas situaciones con los pacientes, muchas veces se ven combinadas con el uso alienante y abusivo de fármacos, particularmente sedantes e hipnóticos. Para Bleger, esto se utiliza para encubrir las situaciones de conflicto. Otra circunstancia de conflicto a nivel institucional puede tener relación con una necesidad inconsciente por parte de

los miembros de equipo de salud de retener al paciente, el cual inconscientemente podría desear ser retenido por una necesidad de dependencia.

Se estructura lo que José Bleger denomina como “simbiosis hospitalaria” donde se dificulta la tarea de dar altas médicas dado que implica para el médico reintroyectar lo que había depositado o proyectado en el paciente. Mientras que por el lado del paciente, que se encuentra en un estado regresivo, ante la posibilidad del alta se ven movilizadas sus ansiedades ya que esta situación implicaría reubicarse en la vida extrahospitalaria, y asumir responsabilidades, obligaciones y conflictos de los que estaba separado durante la internación. Aquí se produce un punto en común con los postulados del sociólogo Erving Goffman (1961), quien también observa que muchas veces los pacientes no se quieren ir del hospital por el temor que les genera retomar sus actividades, roles y responsabilidades en un proceso que él denomina como “desculturación”.

II.III Institución total

En el presente trabajo, un concepto útil para pensar al Hospital Muñiz es a través del concepto de “Institución Total”. Para el sociólogo Erving Goffman (1961), una “institución total” es: “(...) un lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”. Para este autor es fundamental en el estudio de las instituciones totales considerar la perspectiva que proviene desde el mundo del interno. Previo a la internación -sea voluntaria o no- la organización personal del interno era parte de un marco de referencia más amplio, ubicado en su entorno, es decir, que un ciclo de experiencias confirmaba una concepción tolerable del yo, y le permitía ejercer al sujeto un conjunto de mecanismos defensivos, ejercidos a discreción, para enfrentar conflictos, problemas descritos y situaciones consideradas como fracasos.

De todas formas, las instituciones totales no reemplazan la cultura propia del sujeto que ingresa por algo ya formado. Lo que crearían las instituciones sociales es una suerte de tensión entre el mundo habitual y el institucional; tensión utilizada por la institución para lograr sus propios fines conceptualización que evidencia el carácter político de la institución total. Si la estadía es muy prolongada en el tiempo, puede ocurrir el proceso llamado “desculturación”, donde se pierde temporalmente la capacidad para enfrentar ciertos aspectos de la vida cotidiana en el mundo exterior. Ahora bien, va a depender de la significación particular que tenga cada interno sobre el hecho de estar adentro o encerrado puesto que no se trata de un significado absoluto.

Para Goffman, un hecho importante es que el interno casi nunca está completamente solo; siempre hay alguien que puede verlo y oírlo, siquiera se trate de sus compañeros de internado. Las instituciones totales desbaratan el dominio de los internos sobre su mundo y sus actos, negando la posibilidad de ser una persona con autodeterminación, autonomía y libertad de acción propia de un adulto. El efecto de aquello es una sensación de estar degradado en la escala jerárquica de las edades. Goffman llama “exposición contaminadora”, a los límites personales que son violados en las instituciones totales, en primer lugar la intimidad que el sujeto guarda sobre sí mismo. Pierden la posibilidad de que sus visitantes no los vean en circunstancias humillantes o la exhibición que resulta de los dormitorios compartidos y los baños sin puertas.

Erving Goffman considera que existe en las instituciones totales un tipo de relación social donde algunas personas se ponen en manos de otras. El cliente aporta a la relación respeto y confianza por la técnica del servidor, además de gratitud y honorarios. Por su parte, el servidor ofrecerá una competencia efectiva, discreción profesional y una gentileza de intensión servil. En esta conjunción queda configurado el “servicio de reparación”. El servidor toma contacto con dos entidades básicas; un cliente y un objeto de éste que anda mal, el cual es reparado o construido por el servidor. Aquí es cuando comienza el proceso de observación, diagnóstico, prescripción y tratamiento.

Para Goffman existen una serie de fenómenos que pueden pensarse como consecuencia del paso de las personas por una institución total: el fenómeno de desculturación ya mencionado aquí, y el fenómeno de la “estigmatización”. Este último implica que al salir de la institución el individuo se encuentra con una fría acogida y con dificultades a la hora de buscar trabajo y un lugar donde vivir. El paciente sale con un *secreto* porque sabe que existe una distancia entre lo que la sociedad espera de sí y lo que forma parte de la identidad de esta persona.

Otro concepto de este autor, importante a los fines del presente trabajo, es el concepto de “estigma”. Para Goffman (1970), el estigma se centra en el abismo existente entre lo que una persona debería ser, es decir, su “identidad social virtual” y lo que una persona realmente es, esto es, su “identidad social real”. Entre las personas estigmatizadas y las normales existe una interacción que posee tintes dramáticos: en el caso de los pacientes con VIH/SIDA al tratarse de un estigma desacreditable, en otras palabras, donde las diferencias no son perceptibles notoriamente por los otros, el problema reside en que el sujeto pueda manejar la información de manera tal que el problema siga siendo desconocido para los demás.

Finalmente, resulta importante describir la concepción que Goffman tiene del “yo” (*self*). Para el autor, la idea del “yo” puede descomponerse en tres elementos: en primer lugar, cómo el sujeto imagina que aparecemos ante los demás. En segundo, el individuo imagina qué es lo que los otros opinan de él. Y en tercer lugar, la persona desarrolla un sentimiento de su *self* -como el orgullo o la mortificación- consecuencia de la imaginación de las opiniones que los otros tienen de sí.

Para Goffman, cuando interactúan, los individuos desean presentar una determinada concepción de *self* que sea aceptada por los otros. A manera de una obra de teatro, los sujetos actúan para los miembros de una determinada audiencia esperando controlar a esta. Se trata de fachadas que asumen sabiendo que van a tener respuestas de aceptación por parte de la sociedad. Por lo general, los individuos intentan presentar una imagen idealizada de sí

mismos y, para ello, creen que deben ocultar cosas que crearían un desajuste entre lo que son y lo que se espera de ellos. Esto es relevante porque se relaciona con el “estigma” generando un secreto que los sujetos deben ocultar, lo cual ocurre en muchos de los pacientes portadores de VIH, quienes manejan la información de su diagnóstico como un secreto.

III. El rol del psicólogo en los servicios de Guardia

Las psicoanalistas María Gabriela Capelán y María Graciela Gómez Pérez (1998) definen a la Guardia como un lugar de amparo, de ayuda, protección y asistencia. En este lugar donde se libran batallas, se espera también que existan respuestas. Un sujeto va a preguntar por su dolor y espera una respuesta para sentirse ayudado. En este sentido, el psicólogo está para trabajar con lo expulsado, lo rechazado, lo caído, los excesos, la angustia.

La demanda de ser escuchado puede venir del lado del paciente o del lado del médico. En el primer caso, el paciente demanda ser escuchado en su pena, su dolor o queja. En el segundo caso, la demanda proviene desde un no saber qué hacer cuando una situación los angustia a ellos. De esta manera, los psicólogos escuchan constantemente demandas que deben ser analizadas antes de actuar.

La particularidad de la Guardia reside en que no existe una escena montada, como puede observarse en la clínica psicoanalítica, sino que el analista busca determinaciones para ubicar al sujeto con su padecer. Es decir, se lleva al paciente a confrontar con la responsabilidad de eso que dicen. Si bien el rol del psicólogo en la Guardia estará teñido de las particularidades de la institución en la que desempeñe su función, es común que los psicólogos y psiquiatras sean solicitados a través de la Interconsulta por los médicos de las salas por los motivos que la psicóloga María Silvia Buratti (1998) señala: “contener, asistir, y, en la medida de lo posible, resolver la urgencia de la sala”.

Para Silvia Buratti, la presencia de un psicólogo en un servicio de Guardia conmueve las relaciones establecidas entre saber y poder dentro de cada institución, en los planos subjetivo e institucional que, en la medida en que no sean explicitadas, traerán dificultades que repercutan en la clínica cotidiana. Finalmente, la autora enumera las funciones del psicólogo en la Guardia: acompañar y sostener el despliegue del malestar, contener el emergente, generar otros tiempos y prioridades y "... en función de esto, intentar coordinar acciones y decisiones que conduzcan a un adecuado abordaje de la situación conflictiva".

Para la psiquiatra Ana María García de Amusquibar (1992), una de las principales características del trabajo del psicólogo en la Guardia es la falta de tiempo, lo cual implica el desafío de poder atender a la demanda que requiere el realizar alguna acción en un tiempo muy breve. Otro desafío es que por los cuadros que poseen los pacientes que acuden para ser atendidos (pacientes suicidas o con intento de suicidio, crisis de ansiedad, de excitación psicomotriz, crisis histéricas, epilépticas o alcohólicas, entre otras), estos tienen ciertas características como verse desarreglados, ser vociferantes, agresivos, resistentes a recibir atención y, salvo los pacientes con intento de suicidio, no existe riesgo de muerte inminente y, por lo tanto, generan cierto rechazo inicial en el equipo de salud interviniente.

Atendiendo a estas particularidades el desafío está en poder brindarle privacidad al paciente, además de estar dispuesto a escuchar y analizar la resonancia que la situación particular tiene en su propia persona. Además, otro factor importante es identificar que mucha sintomatología psiquiátrica puede ser resultado de una patología orgánica, más aún en los Hospitales Generales, por lo cual, es importante poder realizar esta distinción para llevar adelante el trabajo más adecuado de acuerdo con la situación del paciente.

III.I La Clínica Psicoterapéutica Con Pacientes Con VIH/SIDA

Para Cahn, Soriano, y Sumay (1994), integrantes del equipo de atención a pacientes con VIH del Hospital Fernández, tras analizar a pacientes y portadores, estos poseen características coincidentes con los trastornos narcisistas de la personalidad (psicóticos y no psicóticos), y con pacientes *borderline*. Esto es deducido con base en los mecanismos de defensa tan arcaicos que se encuentran en muchos de estos pacientes, como lo es el mecanismo de la “desmentida”. Considerando estas estructuras en el aparato psíquico de los pacientes, es importante destacar que: probablemente, estos pacientes posean dificultades para construir lo simbólico.

Se trata de estructuras psicopatológicas en las cuales se encuentra una primacía de la acción sobre la palabra y, por lo tanto, son pacientes que pueden presentar cuadros de «actuación». En estos pacientes el fenómeno de la transferencia puede encontrarse a través de mecanismos masivos, fluctuantes y generadores de contratransferencias fuertes, y que exigen por parte del psicólogo, una observación adecuada de las propias reacciones e ideas.

Las autoras destacan la importancia de la existencia de un activo compromiso del terapeuta y su preocupación como reflejo de la necesidad de ayudar a los pacientes, como así también del conocimiento de las propias limitaciones.

III.II Interconsulta médico-psicológica

En el marco del presente Trabajo Final, la Interconsulta médico-psicológica es uno de los ámbitos de intervención del psicólogo dentro del hospital. Presenta la particularidad de que la demanda es realizada por el médico.

La acción de la Interconsulta médico-psicológica históricamente se ubica luego de la Segunda Guerra Mundial cuando se produce una reintegración de la psiquiatría en los hospitales generales. En nuestro país, esto ocurre cerca de la década del '50 en el servicio de psicopatología del Dr. Mauricio Goldemberg en Lanús, Buenos Aires.

Para Ferrari, Luchina y Luchina (1977), la Interconsulta como acción significa la tarea del psiquiatra hacia dentro del hospital. Esta tarea sea quizá su función más específica, generando las más fuertes resistencias a nivel institucional, ya que plantea el cambio de la tarea hospitalaria a través de la educación del médico. Para estos autores, la acción del interconsultor supone un nuevo enfoque: por un lado, plantea el pedido de una opinión autorizada y, por el otro, significa una nueva perspectiva total del fenómeno. Esto implica diversos factores relacionados con el acto médico: el paciente, su padecimiento, el médico, las vicisitudes del vínculo que los une y, en casos determinados, la institución que los alberga. El nuevo aporte, desde esta perspectiva el fenómeno total, involucra al enfermo y a los desarrollos posibles en el padecimiento de su enfermedad.

El interconsultor a cargo debe plantearse el grado de operatividad de desestructurar y reencuadrar la organización de la enfermedad introduciendo la variable que significa hacerse cargo de un paciente a raíz de una Interconsulta. Esto va a implicar necesariamente generar una nueva relación médico-paciente y una nueva organización de la enfermedad.

III.III Relación médico-paciente

Un punto importante en el desarrollo del presente trabajo incluye la relación que se establece entre los miembros del equipo de salud y los pacientes, privilegiando aquí la relación médico-paciente. Esto es importante porque la mayoría de las veces el pedido de interconsulta médico psicológica se realiza motivado por los conflictos que pueden aparecer en torno a esa relación.

Los psiquiatras con formación psicoanalítica Ferrari, Luchina y Luchina (1977), proponen que la medicina clásica concibe al “acto médico” como una praxis que tiene como objeto al “enfermo”. Esta práctica implica una disociación del fenómeno acontecido: por un lado, se encuentra “el enfermo” y, por el otro, “la

enfermedad". Consecuentemente con esta disociación, el desarrollo científico se realiza en torno a la enfermedad, mientras que el abordaje del enfermo resulta ser ideológico. De esta manera posee muchas improntas empírico-personales, por lo cual, existen grandes diferencias entre cada uno de los médicos.

Los abordajes "al enfermo" y no a su enfermedad poseen diferentes particularidades según el punto de vista del médico, pero también de la institución hospitalaria. Por lo tanto, cada paciente demanda y recibe un trato por parte del médico en relación con las particularidades del sujeto, con la resonancia que eso genere en el médico o en la institución y según las características personales que presenta ese dicho médico o dicha institución. (Ferrari, Luchina y Luchina, 1977).

Para los autores, el mecanismo básico que actúa es la disociación mente-cuerpo. De esta manera, el sujeto que padece es obligado a seguir por un camino prefijado en la mayoría de los casos por la ideología médica personal, que condiciona el concepto que utilice de enfermedad y establece desarrollos en forma empírica. De esta manera, se pone en evidencia que el enfermo no es reducible a la enfermedad que padece. El paciente vive su enfermedad a nivel de sensaciones y fenómenos mentales.

El médico observa los signos del cuerpo, los integra con síntomas y desarrolla diagnósticos con base en el código común que comparten los médicos. Lo particular de la tarea del médico es que por las características mismas de su interacción está obligado a establecer contacto con el paciente. El médico establece una relación con el paciente, con el "enfermo", y esta relación resulta colmada por aspectos emocionales que se encuentran ligados a la acción del mecanismo psicológico de la identificación.

El mecanismo de "identificación" fue definido por Sigmund Freud (1921) como un "proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. La persona se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones". Para Ferrari, Luchina y Luchina, frente a este mecanismo de identificación pueden ocurrir dos cosas: o el médico se deslinda del otro con un

mayor o menor compromiso a nivel afectivo, o realiza una identificación masiva (proyectiva), confundiéndose afectivamente con el otro aunque racionalmente parezca lo contrario.

El médico está comprometido con ese acto médico cuyo objetivo es curar. Dentro de esta tarea, para Ferrari, Luchina y Luchina, la vinculación útil con el paciente viene de la mano de poder vincularse a través de una “identificación empática”. Para estos autores, se trata de una identificación transitoria, de una concordancia con el yo del paciente dentro del encuadre donde este encuentro acontece (ámbito institucional), sirviéndole su rol como encuadre interno. Por supuesto que esta tarea muchas veces puede dificultarse por las diferentes características del paciente y lo que estas movilicen en el médico. A pesar de esto, aún pueden tomar fuerza los rasgos de una identidad médica adulta, de sus rasgos más adaptativos, y aspectos más maduros del yo que le permitan contener la situación y detectar los desconciertos que la situación le produce: es en este momento que puede aparecer el pedido de Interconsulta, significando un intento de comprensión de la situación que están viviendo en su relación el médico y el paciente.

Se comprende entonces que frente a las ansiedades que despierta el ejercicio profesional por parte de los médicos, éste reacciona a través de mecanismos defensivos. Si son adecuadas deberían proteger a la persona del médico, enriqueciendo su ejercicio profesional. Por lo tanto, para Ferrari, Luchina y Luchina, la “relación médico-paciente” consiste, en términos psicodinámicos como: la reacción de todo médico desde el sector irracional emotivo de su psiquismo y el establecimiento de una relación compleja, más o menos profunda con sus pacientes.

Desde el punto de vista del paciente, resulta importante incluir dos momentos de la situación de su “enfermedad”: lo que signifique para el paciente estar enfermo, y lo que hace que el paciente ponga en marcha su proceso de curación. El reconocerse enfermo por parte de un paciente implica perder el control sobre el propio cuerpo y ponerse en manos de un experto. Además, toda persona posee fantasías de lo que es la enfermedad que padece y otra

fantasía que implica la capacidad de afrontar psicológicamente la enfermedad, en otras palabras, la fantasía de curación.

Para Ferrari, Luchina y Luchina, la aceptación por parte del entorno institucional y del médico del cuadro psicológico que acompaña a una enfermedad física representa un punto importante respecto de las posibilidades de ese paciente de resistir o adaptarse a la enfermedad que padece aprovechando al máximo las posibilidades que tengan para ofrecer a ese paciente.

Otro concepto importante para comprender la relación médico-paciente es lo que Ferrari, Luchina y Luchina denominan como “organización de la enfermedad”, la cual consiste en una organización singular que toma la relación médico-paciente a través de múltiples atravesamientos: ubicada en un contexto institucional determinado, incluyendo el hábitat del enfermo, a saber: familia y amigos, y como estos se operativizan en el ámbito institucional. A su vez, forma parte de esta organización la manera en la que se distribuyen y organizan en este ámbito institucional los factores personales y familiares, además de los recursos que ofrece el ámbito institucional (enfermeros, administración, otros enfermos, etc.).

La conducción y organización de la enfermedad debe ser vista como el recurso terapéutico más valioso. Es en esta trama donde se van a insertar los recursos para combatir la enfermedad. Esto va a adquirir mayor importancia cuanto más grave sea la enfermedad y el pronóstico del paciente. Así, cuando esta relación se establece de manera conflictiva el recurso de la Interconsulta nos presenta una acción para intervenir en estas crisis de la estructuración organizativa de la relación médico-paciente.

2.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación surge a partir de una pregunta: "¿Qué ocurre con la subjetividad de los pacientes que pasan largos períodos internados por complicaciones relacionadas con el VIH/SIDA?" Esta pregunta es pertinente cuando se toma dimensión de la cantidad de personas que son portadoras del Virus de la Inmunodeficiencia Humana. En C.A.B.A hasta el 31/8/2014, se notificaron a la Coordinación Sida 16.109 infecciones por VIH con fecha de diagnóstico entre el 10 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2014. Además, se estima que existe un gran número de personas que no se han realizado los testeos correspondientes y que podrían desconocer que son portadores de VIH.

Si bien en la actualidad la epidemia se encuentra en una meseta, las políticas en torno a la prevención del SIDA han dado un paso atrás, por lo cual se cuenta con menores recursos económicos para combatir la enfermedad. Asimismo, parece existir desconocimiento por gran parte de la población sobre la enfermedad del SIDA, las formas de prevención y la cantidad de personas infectadas. Si bien existen grandes fundaciones e instituciones que trabajan con la problemática, sigue siendo un tema alrededor del cual existe un tabú por las representaciones que se asocian socialmente con esta temática.

La elección del tema a investigar en el presente trabajo viene de la mano de la inquietud por una problemática de salud pública sobre la que considero la psicología en articulación con otros saberes tiene todavía mucho por investigar y aportar. En esta oportunidad, el tema que convoca tiene que ver con el proceso de internación, de este grupo particular de pacientes en interacción con miembros de un equipo de salud, dentro del contexto del Hospital Muñiz. A su vez, el profundizar en el rol del psicólogo en el hospital es parte del valor teórico de esta investigación.

Cuando la salud del portador del virus se complica es donde aparece la figura del hospital como institución que aloja y ayuda a la recuperación de la salud de ese paciente. Por las características del virus y la enfermedad del SIDA las

personas pueden pasar largos períodos internadas antes de poder retornar a su vida cotidiana. El foco en esta investigación está relacionado con qué es lo que pasa en ese período con las personas que son internadas, es decir, de qué maneras son afectadas subjetivamente, en el Hospital J. F. Muñiz.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El VIH/SIDA sigue siendo una epidemia a nivel mundial. Según datos del Ministerio de Salud de la Nación, a 2015 en Argentina se notifican 6000 nuevos casos de VIH por año; 6500 diagnósticos y 1400 muertes. En total, 126 mil personas viven con VIH en Argentina, permaneciendo la epidemia amesetada. Con la aparición del tratamiento con antirretrovirales, la mortalidad de la enfermedad ha disminuido significativamente y puede considerarse en la actualidad como una enfermedad crónica.

Actualmente en el Hospital de Enfermedades Infecciosas «Dr. Javier Francisco Muñiz» existen 2659 diagnósticos notificados en el período de tiempo de 2003 – 2016, representando un poco más del 20 % del total de casos notificados en el subsector público de C.A.B.A. Este hospital cuenta con áreas de internación exclusivas para pacientes con VIH/SIDA distribuidas en 5 salas (3 para hombres y 2 para mujeres). En el presente, se encuentran internados en el Hospital 70 pacientes aproximadamente con esta enfermedad.

Los pacientes son, en su mayoría, residentes de C.A.B.A, Provincia de Buenos Aires, y países vecinos como Paraguay y Bolivia. Estos se encuentran internados por complicaciones relacionadas al VIH/SIDA y, por la deficiencia en su sistema inmune pasan, por lo general, períodos prolongados en las salas de internación; raramente se encuentran internados por períodos menores a 20 días.

La situación que cabe problematizar como parte de la presente investigación es qué sucede con la subjetividad de los pacientes durante el período de internación. Se trata de personas que se encuentran aisladas de sus casas, de sus relaciones afectivas, sus trabajos, sus actividades para encontrarse ante el

deterioro de su salud en una institución que tiene la tarea de asistirlas. En el marco del trabajo interdisciplinario de los equipos de salud, las características que posea la interrelación que se establezca entre los miembros del equipo y los pacientes internados podrían incidir en la construcción de subjetividades que se da en este contexto, como así también las características socioeconómicas de esta Institución, y la estigmatización social que pesa sobre esta enfermedad.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

La pregunta central de investigación es:

¿Cómo son los procesos de subjetivación en el contexto de internación hospitalaria en los pacientes con VIH/SIDA?

De manera secundaria, se desprenden interrogantes tales como: 1) ¿Cómo son las prácticas hospitalarias que se llevan a cabo con estos pacientes en el Hospital Muñiz?; 2) ¿Qué características posee la interacción vincular entre médicos y pacientes en este servicio?; 3) ¿Qué implicancias tiene esto en la subjetividad de los pacientes internados?; 4) ¿Qué participación tiene el psicólogo en la atención a los pacientes internados con VIH/SIDA?

2. OBJETIVOS

General: A través de la articulación teórico-práctica, describir los procesos de subjetivación durante el transcurso de la internación hospitalaria, en pacientes con VIH/SIDA, observando especialmente la participación de los psicólogos en ese proceso en el Hospital J. F. Muñiz; durante el periodo de tiempo de noviembre de 2016 hasta abril de 2017.

Específicos:

- Describir las prácticas hospitalarias realizadas por el personal de salud con los pacientes internados con VIH/SIDA del Hospital Muñiz.
- Caracterizar las intervenciones de los psicólogos en el proceso de internación hospitalaria.
- Caracterizar la relación entre el equipo de salud y los pacientes con VIH/SIDA internados en el Hospital Muñiz.
- Construir hipótesis sobre los procesos de producción de subjetividad en los pacientes internados con VIH/SIDA en el Hospital Muñiz.

3. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

La metodología de la investigación representa aquel recurso que provee reglas que el investigador debe tomar como criterios para conducir el proceso de investigación, reglas para interpretar las observaciones y reglas para obtener conclusiones. Para José Yuni (2002) tales lineamientos colaboran a ordenar el proceso de investigación y a asegurar la validación del conocimiento que va construyéndose como producto. El método de investigación consiste en el conjunto de procedimientos utilizados para conocer características, establecer relaciones y poder sistematizarlas, es decir poder entender el fenómeno y realizar comparaciones con otros fenómenos (Scribano, A, 2002, p.22).

Esta investigación se enmarca en una perspectiva *cualitativa*, la cual es más que un conjunto de técnicas para recoger datos, se trata de una forma de encarar el mundo empírico. Para Bogdan y Taylor (1987) la investigación cualitativa se caracteriza por ser *inductiva*, dado que durante el proceso se desarrollan conceptos y comprensiones a partir de pautas que brindan los datos. Además, se trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas, resaltando el análisis de la experiencia, ya que se considera al sujeto como fuente de conocimiento, constituyéndose en el principal foco de investigación e interpretación.

Un punto importante de la investigación cualitativa es que...“los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan en las personas que son objeto de su estudio” (Bogdan y Taylor, 1987, p.20). Una profundización de esta postura es propuesta por la antropóloga Jeanne Fravret-Saada (2013) cuando propone que “ser afectado” es una forma de conocimiento en el trabajo de campo, en la cual el investigador se coloca así mismo en el contexto que estudia para experimentar los fenómenos que está estudiando. Para esta autora las operaciones de conocimiento se extienden en el tiempo y se distancian las unas de las otras: es decir que en el momento en

el que uno es más “afectado”, no puede relatar la experiencia, si no que el tiempo para el análisis es posterior.

La presente investigación utiliza un tipo de diseño *exploratorio*. Un diseño de investigación es “el esbozo, esquema, prototipo o modelo que indica el conjunto de decisiones, pasos, actividades y tareas necesarias para guiar el proceso de una investigación” (Ander-Egg, 2011, p.91). El tipo de diseño exploratorio sirve para aumentar el grado de conocimiento y familiaridad sobre fenómenos que han sido escasamente estudiados, permiten identificar conceptos promisorios y establecer prioridades para próximas investigaciones. Por sus características es importante que este diseño sea flexible y pueda ir reajustándose a medida de que la investigación avanza. Se utiliza en el presente trabajo como diseño metodológico la tipología exploratoria, dado que si bien existe literatura sobre internación, VIH/SIDA y sobre el trabajo del psicólogo, estos ejes no son un campo suficientemente estudiado en Argentina.

Las técnicas para la construcción de evidencia fueron: 1) relevamiento de documentación de archivo; 2) entrevistas; 3) observación participante de situaciones en las salas de internación y servicio de Guardia. Permitiendo de esta manera la descripción exhaustiva de la experiencia y, proponiendo una exploración en el campo y en la práctica específica.

Por esto surge la necesidad de construir una aproximación necesaria a la experiencia del psicólogo en el hospital en el abordaje de pacientes con estas características. En miras a realizar exploraciones y estudios posteriores, es necesario describir la experiencia, la práctica en el campo, indicando todas las características del fenómeno estudiado, acumulando así conocimientos sobre el tema, posibilitando la elaboración de un marco de estudio que sirva como referencia tanto para detectar posibles problemáticas en campos similares como para diagnosticarlas de acuerdo con sus características y sugerir en torno a su análisis, futuras acciones o intervenciones.

4.2 CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO DE RELEVAMIENTO:

La investigación comenzó con algunas entrevistas a profesionales y expertos en el trabajo con portadores de VIH, además se realizó revisión de documentos y bibliografía sobre el tema.

El tiempo de Práctica Intensiva Final fue un período de algo más de 6 meses, transcurrió entre el día 18/11/2016 hasta el día 19/05/2017. Las horas de práctica se realizaron en el servicio de Guardia de los días Viernes en el Hospital J. F. Muñiz, en el barrio de Parque Patricios, en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. El referente institucional durante las horas de práctica fue el Dr. Gerardo Laube, jefe del servicio de Guardia, y en ocasiones bajo la tutela de la psicóloga del mismo servicio. Los servicios a los que acudí fueron: servicio de Guardia, y diferentes salas donde se encuentran internados los pacientes: en la mayoría de los casos a la sala 16 y 17, pero también realizando recorridos en las salas 21, 8, 18 y 20.

Las jornadas de los viernes oscilaron entre las 8 y 10 horas diarias, realizando un total de 220 horas en todo el período. Durante estas horas de práctica cumplí roles de observadora y entrevistadora. Posterior a cada entrevista con los pacientes tuve entrevistas con el Dr. Laube, quien supervisó mis horas de práctica y me brindó datos de la población que asiste al Hospital J. F. Muñiz. A su vez, el Dr. Laube fue mi contacto para entrevistar a distintos miembros del equipo de salud.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

En tanto sistematización de una práctica, cuyos objetivos trascienden a esta investigación, no es posible seleccionar de antemano los casos estudiados. En este contexto se plantea efectuar un recorte a partir del material producido en la práctica. Por ello, las nociones de “población” y “muestra” deben ser entendidas en el contexto de una investigación cualitativa. Es decir, si bien hablamos de “población” en términos de un problema teórico a indagar (procesos de subjetivación de los pacientes internados con VIH/SIDA), no es

intención de este estudio que sus conclusiones sean representativas para este universo.

En este estudio la “muestra” se selecciona con criterios teóricos, como aquella en la que el investigador considera que se podrán indagar las preguntas de interés. Por lo tanto, aquí se utiliza el *muestreo teórico*, en el cual Bogdan y Taylor describen que “el número de casos estudiados carece relativamente de importancia” (p.108). En estos tipos de muestreo lo importante es el potencial que cada caso posea para ayudar al investigador a comprender un fenómeno. Implica, además, la diversificación de los informantes en miras de cubrir las diferentes perspectivas de las personas que forman parte del fenómeno estudiado. Otro factor importante en este muestreo es el punto de saturación de la muestra, en el cual se percibe que las entrevistas con personas adicionales no producen ninguna comprensión auténticamente nueva.

La muestra seleccionada para la presente investigación está compuesta por miembros del equipo de salud tanto de la sala 16, 17 y 21, y personal del servicio de Guardia; además nuestra selección también se compone de pacientes internados en las salas: 16, 17, 18, 21, 8 y servicio de Guardia.

Todas las personas entrevistadas, tanto pacientes como profesionales fueron informadas de la naturaleza de esta investigación y sus características, y prestaron consentimiento informado a su participación.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

I. RELEVAMIENTO DE DOCUMENTACIÓN DE ARCHIVO:

El relevamiento de documentación tuvo inicio a través de la lectura de la Ley de Salud Mental, Ley Nacional n° 26.657; la Ley Nacional de SIDA, n° 23.798, y sus respectivos decretos reglamentarios. El acceso a los datos

epidemiológicos sobre el VIH/SIDA en la Ciudad de Buenos Aires, del año 2014 y 2016 fueron útiles para conocer el número aproximado de personas portadoras y como se distribuyen en los diferentes hospitales de la ciudad para su atención y tratamientos, de los cuales aproximadamente el 20% asisten al Hospital J. F. Muñiz.

La información obtenida en las páginas web oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) fueron fundamentales para la comprensión de los tratamientos con Antiretrovirales que realizan los pacientes y sobre la posibilidad de mermar la carga viral para evitar el contagio a otras personas.

También se relevaron datos sobre el Hospital Muñiz, obtenidos a través de la página web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, al fin de comprender su historia y su lugar en la comunidad. Además, en el interior de la institución se llevó a cabo el relevamiento de documentación que se utiliza en el propio Hospital: Historias Clínicas, Registros de Guardias, Pizarras de salas de estar de los quipos de salud, con la finalidad de profundizar en el conocimiento sobre las prácticas hospitalarias que son llevadas a cabo en dicha institución.

II. OBSERVACIÓN PARTICIPANTE:

En investigación, se conoce a la observación como una técnica específica de recolección de información sistemática sobre el mundo social. La observación implica una planificación de su aplicación, por lo tanto debe tener en claro qué se propone observar, cómo se controlarán las observaciones y qué tipo de relación se establecerá entre observador y observado (Scribano, 2002, p.153). En la presente investigación se utiliza la modalidad de observación participante, en la cual el observador forma parte de la cotidianidad de las actividades que se realizan en el contexto que se estudia. Para Yuni y Urbano (2002), la observación participante permite elaborar descripciones de acciones y de los discursos de la vida cotidiana de un grupo social.

Es preciso aprender a examinar el uso del vocabulario de las personas en función de los propósitos y supuestos que estos poseen, y no como una caracterización de dichos objetos o personas (Bogdan y Taylor, 1987, p.73). Esto es de mucha importancia a la hora de analizar el discurso tanto de los pacientes como de los miembros del equipo de salud.

Las observaciones fueron registradas en el cuadro que se encuentra a continuación. Esta forma de registro permitía producir un registro de lo observado en el ambiente y a la vez un control sobre las impresiones subjetivas.

Fecha	Extrospección	Introspección

III. ENTREVISTAS:

A lo largo de la presente investigación realicé diferentes entrevistas: a) entrevistas con psicólogos; b) con profesionales no psicólogos; c) entrevistas con pacientes; d) entrevistas no programadas, y e) contactos informales donde no se pudo resumir a estas estructuras, sin embargo se enmarcaron en algo más general de la observación.

Para Scribano (2002) existen diferentes formas de entrevistas, entre ellas se encuentra la entrevista de tipo encuesta semiestructurada, donde el foco se encuentra en la posibilidad de encontrar las cualidades de un individuo según una serie de objetivos establecidos de antemano. En este tipo de entrevista, el investigador puede tener preguntas establecidas previamente, flexibles, permitiendo agregar preguntas o modificarlas según el relato que va obteniendo de la persona entrevistada. Para José Bleger (1964), la entrevista

psicológica es una técnica fundamental del método clínico y un procedimiento de investigación científica en psicología. La entrevista como técnica de investigación implica la recolección de datos a través de preguntas que se realizan a un interlocutor a fin de conocer con mayor profundidad un fenómeno y cuál es la percepción que el entrevistado tiene sobre dicho fenómeno. Además, como se trata de una relación interpersonal (entrevistador-entrevistado), implica la estructuración de un campo, es decir, una relación de la que depende todo lo que en ella acontece.

Las entrevistas realizadas durante las horas de práctica intensiva final son entrevistas con los miembros de los equipos de salud, y con los pacientes internados en diferentes salas del Hospital Muñiz, y, en ocasiones a sus familiares también. Estas entrevistas son *entrevistas semiestructuradas* con final abierto, es decir, si bien existe una guía de preguntas, se profundiza sobre algunas cuestiones según el relato del entrevistado, en miras a los objetivos de esta investigación.

Si bien cada entrevista es única y no hay un programa rígidamente establecido de antemano, se produjo una lista de preguntas posibles que actuó a modo de guía orientativa de las entrevistas. Estas preguntas abarcaron las siguientes áreas: 1) caracterización de las prácticas hospitalarias, 2) Relación de los miembros del equipo de salud con los pacientes, 3) participación de los psicólogos durante este proceso.

Modelo de entrevista dirigida a profesionales
<ol style="list-style-type: none">1) ¿Hace cuánto trabajás en este servicio?2) ¿Cuál es tu profesión y tu especialidad?3) ¿Cómo creés que podría afectar a un paciente el estar internado, más allá de su salud física?4) ¿Cuáles son los factores que considerás más importantes en la interacción con tus pacientes?

5) ¿Cuál creés que es el aporte de los psicólogos en la atención integral a estos pacientes?

Con el transcurrir de las entrevistas las preguntas fueron orientándose en torno a la experiencia de los miembros del equipo de salud en las salas o guardia. Entonces aparecieron algunas otras preguntas como “¿cómo es el trabajo con las familias?”, otras destinadas a conocer el impacto de las conductas autolesivas de los pacientes, u orientadas al trabajo interdisciplinario, como: “¿en qué ocasiones realizas el pedido de Interconsulta con los psicólogos?”.

En cuanto a las entrevistas con los pacientes internados estas tuvieron en cuenta algunos aspectos comunes, como ser: tiempo de internación, relación con los miembros del equipo de salud, motivos de consulta con los psicólogos, y otros específicos de sus situaciones particulares.

Modelo de entrevista a pacientes internados

- 1) ¿Hace cuánto tiempo estás internado? ¿Cuánto tiempo estimás que vas a pasar internado?
- 2) ¿Cómo es el trato con los miembros del equipo de salud?
- 3) ¿Cómo es tu relación con los médicos?
- 4) ¿A quién acudís cuando no te sentís bien emocionalmente?
- 5) ¿Qué pensás sobre estar internado? ¿Has tenido internaciones antes?
- 6) ¿Qué creés que podría mejorar tu comodidad durante la internación?
- 7) ¿Has hablado con algún psicólogo del hospital?

En el transcurso de las entrevistas las preguntas se volvieron cada vez más abiertas. La pregunta 6: “¿Qué creés que podría mejorar tu comodidad durante la internación?” fue omitida ya que aunque era una pregunta que Adrián

Scribano califica como pregunta de opinión, es decir una pregunta que tiene como objetivo conocer la valoración que realiza el sujeto sobre una situación concreta. Se evaluó que las respuestas estaban dirigidas a aspectos edilicios o de confort que difícilmente pudieran modificarse.

Además las preguntas 2 y 3: “¿Cómo es el trato con los miembros del equipo de salud?” y “¿Cómo es tu relación con los médicos?” se modificaron con un tono más informal para hacerlas más abiertas, dado que también implicaban un tipo de pregunta de opinión que quedaba muy acotada y sin una valoración que no fuera una respuesta formal o por el “deber ser”.

A partir de la recolección de los datos realizada mediante técnicas de investigación, en articulación teórica-práctica se definió la metodología de análisis que comprende la presente investigación.

4.5 METODOLOGÍA DE ANÁLISIS:

El análisis de los datos obtenidos se basa en el objetivo general: es decir apunta a describir los procesos de subjetivación de los pacientes con VIH/SIDA que se encuentran atravesando una internación hospitalaria en el Hospital J. F. Muñiz. Esto se estudia a partir de entrevistas y observaciones. Las hipótesis se generan a partir de la articulación teórico-práctica.

El primer objetivo específico, es decir, la descripción de las prácticas hospitalarias realizadas con los pacientes, se indaga a través de la observación participante en las salas de internación. Además a partir de las entrevistas, tanto a pacientes como a miembros del equipo de salud se detallan prácticas que se contrastan con los datos obtenidos mediante la revisión de documentación, especialmente de las historias clínicas.

La caracterización de la participación de los psicólogos durante este proceso es el segundo objetivo de la presente investigación. Este se releva a partir de

entrevistas a miembros del equipo de salud en relación al trabajo de interconsulta médico-psicológica, entrevistas a la psicóloga de Guardia, y entrevistas a pacientes. También se relevan datos a partir de la observación de intervenciones de la psicóloga en salas de internación del Hospital J. F. Muñiz.

En cuanto al tercer objetivo, la caracterización de la relación entre el equipo de salud y los pacientes internados con VIH/SIDA, la observación de interacciones y los testimonios recogidos a través de entrevistas se constituyen como las principales vías de análisis de este objetivo, en articulación con teorías sobre dinámicas grupales, mecanismos de defensa y análisis institucional.

El último objetivo específico: construir hipótesis sobre los procesos de subjetivación durante la internación hospitalaria, se estudia especialmente a partir de entrevistas que recaban los testimonios tanto de pacientes como de quienes se encargan de sus cuidados, en articulación con teorías que responden a la corriente de la psicología social.

Transversalmente a los objetivos específicos, en la presente investigación existen varios niveles de análisis: a) institucional; b) relacional; y c) subjetividad. En nivel *institucional* se privilegia el análisis del Hospital J. F. Muñiz como institución; el nivel *relacional* enfatiza sobre los vínculos que se establecen entre los actores y a partir del nivel correspondiente a la *subjetividad* se analiza e hipotetiza sobre los procesos de subjetivación en los pacientes internados. Esta organización de la metodología de análisis implica que en algunos capítulos se privilegie más algún nivel de análisis sobre otros, sin dejar de responder al objetivo general de esta investigación.

Finalmente la *organización expositiva* del análisis de los datos obtenidos sigue el orden del recorrido que realiza el paciente en el proceso de internación hospitalaria. Esto es así porque mi interés como investigadora son los procesos de subjetivación a través de este recorrido. En este sentido, la organización está dada según los diferentes momentos por los que atraviesa el paciente en la institución hospitalaria. Por ello encontramos los siguientes capítulos: I) Ingreso; II) internación; III) Atención y tratamientos; IV) Rutina; V) Situaciones especiales; y VI) Externación.

**SEGUNDA PARTE:
ARTICULACIÓN TEÓRICO-
PRÁCTICA**

CAPÍTULO I: INGRESO

Para abordar la problemática de los pacientes internados con VIH/SIDA y como son los procesos de subjetivación durante la internación hospitalaria es necesario comenzar por el inicio del recorrido que el paciente realiza en la institución. Por lo tanto, en el presente capítulo se abordará el ingreso de las personas con VIH/SIDA al Hospital Muñiz.

El recorrido inicia presentando el ingreso por sala de Guardia, describiendo el pedido de internación y finalmente señalando características del trabajo del psicólogo en la Guardia.

Con relación a los objetivos planteados en la presente investigación, en este capítulo se realizará una descripción de las prácticas hospitalarias concernientes al servicio de Guardia como puerta de acceso de los individuos al Hospital y al proceso de internación hospitalaria. Allí el sujeto se inserta en un orden institucional diferente al cotidiano, donde deberá adaptarse al rol de paciente, establecer relaciones con otros como él y con quienes deben asistirlo.

Otro objetivo de la investigación que aparece aquí plasmado es la caracterización de las relaciones que se establecen entre los diferentes actores en la institución, y, por lo tanto, se abordan desde el trabajo de la interconsulta por un lado, y por otro, a partir de la descripción de un caso que suscitó una reflexión posterior por parte de los miembros del equipo de salud del servicio de Guardia.

Guardia:

En el Hospital J. F. Muñiz, para ser internado, la mayoría de los pacientes ingresa por el servicio de Guardia. La entrada a dicha Guardia no está orientada hacia la calle, sino que se encuentra dentro de la primera manzana, con orientación hacia el interior del Hospital. Cuando los pacientes llegan en auto o ambulancia, el vehículo debe ingresar, rodear la manzana y

allí aparece la rampa de acceso para ambulancias a partir de la cual se ingresa a la Guardia.

La sala de espera es pequeña; posee aproximadamente 10 asientos. Se trata de una sala angosta, con puertas amplias en ambos lados, por lo cual da la apariencia de un pasillo.

Desde la sala de espera hay una puerta de ingreso a la sala de Guardia. En la sala de atención a pacientes del servicio de Guardia hay un pasillo con una pequeña mesa y dos sillas, y tres compartimentos con camillas por si el paciente necesita privacidad para ser examinado. Los pacientes son recibidos por el equipo de profesionales, compuesto por infectólogos, residentes, y enfermeros.

Existen tres formas de ingreso a la Guardia: 1) puede ocurrir que los pacientes sean derivados desde otros servicios en el mismo hospital o, 2) desde otros hospitales (estas derivaciones se realizan desde Hospitales de CABA, GBA e incluso desde otras provincias); 3) los pacientes también pueden presentarse de manera espontánea. En cualquiera de los casos, para ser internado, el paciente debe ingresar por la Guardia.

En la sala de Guardia los pacientes serán examinados por *residentes*, bajo la supervisión de un *médico infectólogo*. Si debe administrársele alguna medicación, esta tarea es realizada por los *enfermeros*. Desde el servicio de Guardia se realizará: el pedido de internación, la derivación a consultorio externo o el pedido de Interconsulta. Esta última se realizará con otro miembro del equipo de Guardia (psiquiatra, psicólogo, trabajador social, por ejemplo). Es decir, en miras al bienestar del paciente, los miembros del equipo de salud pueden solicitar la consulta a otro profesional para que pueda lograrse una atención integral al paciente, basándose en sus necesidades.

Uno de los tipos de Interconsulta que se realizan en el Hospital es la Interconsulta Médico-Psicológica. Para Ferrari, Luchina y Luchina (1977) este trabajo tiene como principal característica el hecho de que se lleva a cabo en el contexto del hospital. Esto tiñe la práctica con características que el hospital posee como institución, en este caso, un hospital que atiende enfermedades

infecciosas. En el servicio de Guardia, es frecuente que un médico infectólogo solicite interconsulta al psicólogo de turno, ya sea en el servicio de Guardia, o en cualquier otro servicio.

En su fundación, el Hospital funcionó como casa de *aislamiento*². Es decir, allí se alojaban los pacientes que poseían enfermedades que podían significar un riesgo para la población considerada “sana”. Podría decirse que el hospital Muñiz, a nivel sociocultural, tiene asociada la representación de un lugar marginal, de aquello que es aislado de la población “sana”.

Cuando en las entrevistas los médicos afirman sobre los usuarios del sistema de salud, que provienen de sectores vulnerables, la persona que parecen esperar es un paciente pasivo, sumido en un *status quo*. El paciente esperado por el personal del Hospital es lo que varios de los miembros del equipo de salud entrevistado han descripto: pacientes con niveles de extrema vulnerabilidad social y económica.

Para René Kaés (1989) para que un sujeto sea colocado en un rol, este debe asumirlo. Es decir, se trata de un proceso de adjudicación y asunción de roles. Relacionando este concepto con la teoría del sociólogo Erving Goffman, puede pensarse que existe una tensión con relación a lo que las personas esperan que otro haga y lo que este otro espontáneamente desea hacer, y para este autor es fundamental el pensar en que las personas actúan para sus audiencias sociales. De esta manera, el paciente cuando ingresa al Hospital, ha aprendido durante su vida lo que este tipo de instituciones esperan de él. Es decir, un paciente que acepte los tiempos burocráticos del hospital.

Cuando el paciente no responde de la manera que el equipo de salud espera que responda es cuando, generalmente, se solicitan los servicios de psicólogos y psiquiatras. En las entrevistas realizadas a médicos y enfermeros, ellos admiten llamar a estos profesionales cuando los pacientes o sus familiares “están rebeldes y no colaboran para su tratamiento”, o “desean el alta voluntaria”, en caso de que se “muestren agresivos” e “impidan a médicos y enfermeros realizar su labor” de la misma manera en que pueden hacerlo con los “buenos pacientes”.

² Fuente: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/muniz> Fecha 03/10/2017

- En el caso de la paciente Carmen, la infectóloga de la sala 21 decidió realizar el pedido e Interconsulta médico-psicológica porque notaba cambios en la actitud de la paciente a partir del horario en que llegaban sus hijas y esto dificultaba la atención. A partir de esta situación la psicóloga realizó una intervención dedicada a esclarecer al médico que el motivo latente del cambio de actitud en la paciente respondía al deseo de no quedarse sola. En este sentido, el trabajo de la Interconsulta apuntó a reencuadrar la relación entre los médicos de esa sala y la paciente.

La atención a los usuarios que se encuentran internados con VIH/SIDA en el Hospital Muñiz se trata de un trabajo de atención interdisciplinario considerando las características enunciadas por los miembros del equipo de salud sobre esta población: personas de sectores socialmente vulnerables, y muchas de ellas con comorbilidades con patologías psicológicas y/o psiquiátricas. En este contexto, ocurre lo que Ferrari, Luchina y Luchina describen como una situación de trabajo interdisciplinar donde el médico acude al psicólogo por un conflicto no explicitado, pero que dificulta la atención a un paciente, como podría ser un paciente que se resiste a tomar medicación, se muestra agresivo, desea abandonar la sala, etc.

Lo que diferencia a la interconsulta de otras áreas de trabajo es que el paciente con el que se trabaja es un paciente que padece alguna enfermedad y, por lo tanto, se ponen en juego en este proceso las fantasías de enfermedad y curación, que para Ferrari, Luchina y Luchina forman parte de todo sujeto. Todas las personas poseen una fantasía de lo que es la enfermedad y "(...) cierta capacidad de enfrentar en su mente lo temible que es esa enfermedad con otra fantasía: la de curación". En este caso, se trata de la enfermedad del SIDA, producida por el virus del VIH, cargado socialmente de cuestiones relacionadas con la muerte y la sexualidad.

En el Servicio de Guardia, el psicólogo no tiene un espacio físico propio donde pueda llevar a cabo su tarea atendiendo a una de las principales características de la enfermedad: es decir, necesita un espacio donde brindar privacidad al paciente. Por lo general, cuando no realiza un recorrido por algún servicio ante

un pedido de Interconsulta, el psicólogo se encuentra en la sala de estar de los miembros del equipo de Guardia, ubicada en el primer piso, en la primera manzana del Hospital. Allí además hay algunas habitaciones para que descansen los miembros del equipo, un comedor y una terraza con una parrilla. Es decir, el psicólogo debe desempeñar su rol con la dificultad de no contar con lugar dentro del dispositivo de Guardia.

Caso Claudia:

En la experiencia realizada en las horas de práctica, en una ocasión llamaron desde el servicio de Guardia para realizar el pedido de Interconsulta por una paciente que estaba haciendo Profilaxis post exposición (PPE), por haber estado expuesta al virus del VIH en un encuentro sexual y se encontraba muy angustiada. PPE: Es el tratamiento antirretroviral que se administra a personas sin VIH que acaban de tener una exposición de alto riesgo al VIH. Consiste en la administración del tratamiento antirretroviral (suele ser terapia triple) durante un corto periodo (cuatro semanas) e inmediatamente después de un posible contacto con el VIH, con el fin de evitar su transmisión.

Acompañé a la psicóloga de la Guardia a ver a esta paciente. Por no contar con un espacio propicio, nos dirigimos al servicio de Dermatología, en uno de los consultorios externos. Allí encontramos una sala en la cual estar:

- Claudia tiene 41 años, es de CABA. Relata que hace un mes tuvo relaciones sexuales con un inmigrante africano que conoció en un boliche y por eso estaba realizando PPE en el hospital. El motivo de su consulta a la Guardia era por una erupción cutánea en su pierna y pensaba podía ser un síntoma de VIH, a pesar de que días antes se había realizado un testeo que tuvo un resultado negativo.

Claudia hablaba abiertamente de la culpa que sentía por haber incurrido en la conducta riesgosa en el momento de tener relaciones sexuales y se la notaba angustiada, llegando al llanto por momentos. Basándome en la cantidad de detalles en su relato, el tono de su voz y la confianza que manifestaba

transferencialmente intuyo que podría tratarse de una paciente con un trastorno *borderline*. Para Lerner y Sternbach (2007) existen ciertas características prevalentes dentro de las organizaciones fronterizas, tales como el polimorfismo sintomático, la labilidad yoica, las angustias masivas, la impulsividad o el predominio de mecanismos arcaicos tales como la escisión y la desmentida. En este sentido, lo más notorio en la entrevista es la masividad de la angustia en su comportamiento durante la conversación y, por otro lado, la cuestión tan marcada de la impulsividad, como cuando viene a la guardia por una erupción, o cuando tiene más de un encuentro sexual con la persona a pesar de sus sospechas desde el primer encuentro.

El relato de Claudia llega a ser un poco bizarro por la cantidad de detalles sobre los encuentros sexuales con esta persona. Se presentó con un estado de mucha ansiedad, estaba inquieta, hablaba muy rápido. La psicóloga intenta calmar el estado de ansiedad de la paciente, además le recomienda pedir por dos sesiones semanales en lugar de una con su terapeuta.

Además, la psicóloga realiza el pedido de interconsulta con psiquiatría, porque la paciente comenta que su psicóloga le recomendó tomar clonazepam para calmar la sensación de ahogo en el pecho que siente y poder dormir. El clonazepam es un fármaco perteneciente al grupo de las benzodiazepinas que actúa sobre el sistema nervioso central, con propiedades ansiolíticas principalmente y anticonvulsivantes, miorrelajantes, sedantes, hipnóticas, y estabilizadoras del estado de ánimo. El pedido de Interconsulta con psiquiatría fue fundamental considerando los riesgos de la incorrecta administración de la medicación con el agravante del estado emocional inestable que presentaba esta paciente. Posteriormente nos comunican que la paciente se retiró más calmada.

Para Ana María García de Amusquibar (1992) una de las principales características del trabajo del psicólogo en la Guardia es la falta de tiempo, lo cual implica el desafío de poder atender a la demanda que requiere el realizar alguna acción en un tiempo muy breve. En este caso, resultaba importante

prevenir futuras complicaciones con una paciente que estaba mal medicada. La acción fue el pedido e Interconsulta con Psiquiatría.

En la sala de estar de la Guardia, las médicas y residentes del servicio relataron la impresión que les había causado el relato de esta paciente: se sintieron incómodas por considerar que era más información de la que necesitaban saber, pero a su vez no pudieron dejar de empatizar con el hecho de que era una paciente que se encontraba angustiada. En este sentido, la representación de estas profesionales sobre la paciente como desequilibrada y angustiada sirvió de motor para realizar el pedido de Interconsulta.

Con la psicóloga, reforzamos en la conversación, lo importante de reconocer esos signos para pedir la Interconsulta. Se destaca en este caso la función del psicólogo definida por María Silvia Buratti (1998), quien señala: “contener, asistir, y en la medida de lo posible, resolver la urgencia de la sala”, a través de intervenir para contener a la paciente, y asistir al equipo de médicos a fin de lograr una mejor atención para los pacientes.

A fines de abordar los procesos de subjetivación durante la internación hospitalaria en los pacientes con VIH/SIDA, en este Capítulo se han descripto parte de las prácticas hospitalarias que se realizan con los pacientes que ingresan al hospital por el servicio de Guardia, donde finalmente muchos de ellos son internados por complicaciones relacionadas con la enfermedad del SIDA. Se realizó una descripción sobre los pasos a seguir por el usuario del sistema de salud que llega al Hospital y con qué se encuentra este.

Las prácticas hospitalarias han sido analizadas en relación al sujeto que es esperado por los miembros del equipo de salud, y las vicisitudes que este encuentro presenta en relación a la diferencia entre lo que se espera y lo que el paciente espontáneamente hace, desembocando muchas veces en el motivo de interconsulta médico psicológica. Esto último implicó una profundización en

las características de las relaciones que se establecen entre los miembros del equipo de salud y los pacientes, lugar de posible intervención para los psicólogos, cuestión que coincide con el objetivo de esta investigación que apunta a vislumbrar cuál es el rol que ocupa el psicólogo en el trabajo con estos pacientes.

CAPÍTULO II: INTERNACIÓN

En el capítulo anterior se realizó una descripción sobre el ingreso de los pacientes al Hospital Muñiz en el proceso de internación hospitalaria. Para eso, se describieron las prácticas hospitalarias relacionadas con la recepción de los pacientes en Guardia por parte de los miembros del equipo de salud y las vicisitudes que este encuentro implica. El presente capítulo consiste en una descripción del momento de la internación de un paciente con VIH/SIDA en el Hospital Muñiz y las prácticas que se realizan durante esta etapa del proceso. Para ello, se realizó un nivel de análisis institucional tomando aportes de Erving Goffman y Pierre Bourdieu, sumado a algunos aportes de las teorías de la comunicación.

En cuanto al objetivo de caracterizar la relación entre los miembros del equipo de salud y los pacientes, desde un nivel de análisis vincular se profundiza en la concepción de pacientes que poseen los miembros del equipo de salud y cómo esto incide en las prácticas. Finalmente, reaparece la pregunta sobre el lugar que ocupa el psicólogo durante este proceso, aparentemente en forma tácita, ya que no posee ni su propia hoja de registros dentro de las historias clínicas, aunque es solicitado cuando el paciente se comporta de manera no esperada.

“Internado”

En caso de que el equipo médico considere que es un riesgo para la salud del usuario volver a su hogar o actividades cotidianas, la persona debe ser internada. Los pacientes son internados por complicaciones relacionadas con el SIDA, o con algún otro problema de salud, pero siempre teniendo en consideración que el paciente es seropositivo. Según la problemática principal que esté afectando la salud del paciente será internado en una sala acorde a sus necesidades y/o características, por lo general, en salas específicas para VIH. Gran parte de los pacientes pasan más de 20 días internados.

Para Goffman (1961) una “institución total” es un lugar de residencia o trabajo donde un gran número de individuos se encuentran en igual condición. Se trata de un grupo de personas aisladas de la sociedad por un período considerable. La razón de este aislamiento es que representan una amenaza voluntaria o involuntaria para la sociedad. Un hospital cumple muchas, pero no todas esas características. Pensando el Hospital Muñiz como una institución total, puede decirse que los internos se encuentran en la misma condición (internados) y, a su vez, el Hospital funciona como un lugar de aislamiento en cuanto estos pacientes se constituyen en una amenaza involuntaria para los demás por portar y padecer enfermedades infectocontagiosas.

Goffman propone entre las características de las instituciones totales al hecho de que poseen una rutina administrada formalmente por el personal de la institución, es decir, las necesidades humanas se manejan de manera burocrática. En el Hospital Muñiz ocurre a través de: pedido de estudios médicos, historias clínicas, número de cama asignado, solicitudes de interconsulta. Los cuales se realizan a través de diferentes protocolos administrativos, registrados en diferentes documentos organizados por el personal administrativo. Además, en la institución las personas poseen una rutina formalizada: es decir, poseen horarios de comida, de visitas, de curaciones, y tratamientos.

Considero que puede pensarse la internación hospitalaria como un momento en el cual pacientes sufren un proceso de mortificación y agresión al yo. Las personas, en cuanto ingresan en las instituciones totales, son aisladas de sus contextos cotidianos y, por lo tanto, alejados de sus pertenencias, lo cual es vivido por el yo como agresión (Goffman, 1961).

Esto parecería ocurrir en el Hospital cuando los pacientes ingresan en una sala sin sus pertenencias, y transcurren un periodo considerable en un contexto ajeno a su hogar. En el Hospital, los miembros del equipo de salud, generalmente, nombran a los pacientes según el número de la cama que ocupan en una sala determinada y por el diagnóstico que poseen.

En cuanto a las características sociales de la población internada, en algunos casos las personas no tienen hogares a los cuales regresar o familias que se

hagan cargo de los cuidados que estas personas requieren, por lo cual, ha habido algunos casos en que los pacientes han estado más tiempo del requerido por razones médicas. Muchas veces los pacientes son internados en períodos consecutivos, es decir, más de una vez por año.

Pensando al Hospital Muñiz como institución total puede decirse que otra característica que se presenta es el hecho de que se produce una convivencia entre personas distribuidas en dos grupos: el de personas manejadas, es decir, los pacientes internados, y el de personas que supervisan a los internos, es decir, personal administrativo, equipo de salud y guardias. Entre estos dos grupos se establecen diferentes tipos de intercambios en el contexto hospitalario, donde los roles estarán estereotipados según las normas que rigen a la Institución.

Watzlawick, Beavin & Jackson, (1967) en sus teorías sobre la comunicación explican que las relaciones que se establecen entre las personas en base al tipo de comunicación que establecen pueden ser simétricas o complementarias. Una relación es complementaria cuando las personas se encuentran en condiciones de desigualdad. Unos parecen estar en una posición dominante dando comienzo a acciones y otros parecen seguir en esa dirección. Podría decirse que entre el grupo de personas “manejadas” y el de personas “supervisoras” se establece una relación complementaria, donde el grupo que supervisa tiene una posición complementaria superior, desde la cual regula el comportamiento del otro grupo.

Para Watzlawick, Beavin & Jackson, las relaciones entre las personas se vuelven patológicas en cuanto los roles quedan estereotipados rígidamente, por lo cual, no existe la posibilidad de que en algún momento se transforme en una relación simétrica.

- Esta falta de flexibilidad en la relación entre los dos grupos (supervisores y manejados) se puede observar, por ejemplo, en vísperas de Navidad, cuando la pariente de una paciente por demoras en el transporte público quiso entrar a visitar a su familiar en la hora en que terminaba el horario de visita. Las enfermeras de turno en la sala 16 no la dejaron ingresar porque había llegado tarde. Es decir, la falta de flexibilidad en el rol de

controlar el horario de visitas de estas enfermeras concluyó en el impedimento de esta persona para visitar a su familiar en vísperas de Navidad. Esto es significativo porque los vínculos de los pacientes con sus seres allegados durante las vísperas de fiestas pueden ser un factor positivo para su bienestar.

Sala de internación

Una vez que el médico de Guardia designa la Sala donde debe ser internado el paciente, éste es llevado por los camilleros. Los enfermeros le asignan un número de cama. Las camas, en la mayoría de las salas se encuentran dispuestas en grandes salones, en hileras enfrentadas, unas al lado de otras. Las salas a las que más he concurrido han sido las salas donde se encuentran pacientes internados con VIH. Aunque puede que los pacientes sean distribuidos en otras salas por alguna característica específica relacionada con el motivo de internación, la mayoría de los pacientes se encuentran en la *Sala 16*, para mujeres, y en ocasiones la *Sala 21*; y la *Sala 17*, 18 y 19, para hombres.



La *Sala 16* se encuentra cruzando dos manzanas desde la entrada a la Guardia del Hospital. En el primer piso al subir las escaleras se encuentra un cartel verde estilo fileteado que señala “*Sala 16*”. El fileteado es un estilo

³ Cartel en Ingreso a Sala 16. Hospital J. F. Muñiz (diciembre 2016).

artístico de pintar y dibujar típicamente “porteño” (es decir, de ciudadanos de CABA), caracterizado por el uso de colores fuertes, simetría, efectos tridimensionales mediante sombras y perspectivas, y un uso sobrecargado de la superficie; estilo asociado al tango y por tanto de un tono tradicional y popular. Frente a este cartel la sala de enfermería. En esa sala se encuentra el fichero de historias clínicas. Estos ficheros están decorados con imágenes de princesas de Disney, con apliques de color rosa.

En las horas de práctica, pude observar pacientes *trans* tanto en salas de hombres como en salas de mujeres. Considero que la decoración del fichero de la sala de mujeres, y el tono azul de las paredes de la *Sala 17* refleja algo del orden cultural de nuestra sociedad patriarcal. Lo interesante es como estos estereotipos de género chocan con las representaciones sociales que giran en torno al VIH/SIDA, donde aparece cierta cuestión de la sexualidad muy ligada a la homosexualidad, prostitución y promiscuidad, cuestiones muy lejanas a las princesas de Disney y a los príncipes azules., tal vez más cercanas al “malevaje” del tango porteño.

La *Sala 17*, de hombres, se encuentra frente a la *Sala 16*, cruzando una plazoleta que hay en medio de ambos pabellones. En la entrada se ubica un guardia de seguridad⁴, a continuación, un pasillo que se abre hacia la *Sala 17* y unas escaleras que suben a las *Salas 18 y 19*. Ingresando a la *Sala 17* se encuentra la sala de enfermería, y luego un largo pasillo sobre el cual se distribuyen las habitaciones, la mayoría con 2 camas cada una, sin puertas y con paredes de mampostería. Observando hacia arriba se puede distinguir que las habitaciones no tienen techo, estas llegan hasta cierta altura y luego quedan unas estructuras de metal, como si en algún momento hubiera existido el proyecto de techar cada habitación. Esta sala tiene en total 20 camas, y cinco más de aislamiento.

En general los pacientes de esta sala son un poco más reservados a la hora de responder preguntas o conversar espontáneamente. Entre ellos tampoco los he escuchado conversar mucho. Al acercarme a sus camas, los pacientes se tapan con sus sábanas, se muestran pudorosos y luego de intercambiar pocas

⁴ ¿Podría ser por los pacientes que recibe el Hospital, de la cárcel?

palabras por unos minutos recién realizan contacto visual directo. Normalmente, tanto los pacientes como el personal de la *Sala 17* se muestran más herméticos en las conversaciones que los de las Salas 16 y 21.

Como generalidad, en todas las salas, si el paciente ya estuvo internado antes en el Hospital, los enfermeros se encargan de pedir su Historia Clínica en la sala de archivos del Hospital. De lo contrario, se inicia una historia clínica que lleva en primer lugar la Hoja de Guardia. Cada historia clínica se coloca en una carpeta con el número de la cama que ocupa el paciente en la Sala en la que es internado.

Resulta importante considerar la información que nos transmiten sobre una institución la existencia de las Historias Clínicas. En este Hospital se encuentran organizadas según las diferentes áreas de atención, aproximadamente se dividen en: carátula, informe de Guardia o del servicio por el cual ingresó esa persona, y los resultados de estudios: bioquímicos, del infectólogo, ficha psicosocial, informes de enfermería, interconsultas, y estudios complejos. En general, este patrón de organización de la historia clínica se repite en todos los hospitales, se trata de un lenguaje común que manejan las instituciones que forman parte del sistema de salud.

La Historia Clínica se trata de una forma de organización compartida por las diferentes instituciones que forman parte de lo que Pierre Bourdieu (1991) denomina como "Campo". El autor define al campo como un espacio social de acción y de influencia en el que confluyen relaciones sociales determinadas. En este caso, el campo sería la Salud Pública, conformado por las instituciones: los hospitales públicos, el ministerio de salud, el ministerio de desarrollo social, las universidades. Dentro de este campo, dice Bourdieu existe una lucha entre los agentes por una forma específica de "Capital" (simbólico), en este caso, la salud como Capital principal, como así también lo es el conocimiento por parte de los profesionales.

Para Bourdieu, en el campo actúan los agentes quienes son actores (personas o instituciones) que pueden luchar, crear, participar, etc. En el caso del Hospital Muñiz, los agentes son tanto los pacientes, sus familiares, como así también el personal del Hospital (profesionales y no profesionales). Según la posición que

ocupa un agente dentro de un campo, el sujeto aprende las reglas de ese campo y las internaliza en su subjetividad. Así, el usuario aprenderá a ser “paciente” y desde ese lugar se relacionará con los demás agentes, en este caso, con los miembros del equipo de salud, quienes a su vez tienen internalizadas las pautas de relación con los pacientes. Estas formas de actuar y pensar son las que Bourdieu define como “Habitus”.

Tomando estos conceptos de Bourdieu podría pensarse que la realización de Historias clínicas forma parte del habitus dentro del campo de la Salud Pública. Se trata de un esquema de pensamiento y de acción por parte de los miembros del equipo de salud que se ve reflejado en forma material en la Historia Clínica. Es decir, el atomismo ligado al saber médico, es decir, cada vez más ramas y especialidades dentro de la medicina se traducen en la historia clínica que de alguna forma reúne todos los especialistas que atienden al paciente.

Las historias clínicas se constituyen como un esfuerzo por transformar al paciente en un sistema que necesita una solución. En cada historia clínica se presentan diferentes niveles de análisis según las diferentes especialidades de la medicina, donde cada especialista coloca una síntesis de su evaluación al paciente. Es decir, se analiza al paciente como si fuera un sistema que presenta una falla en alguno de los niveles de análisis descriptos.

Los niveles de análisis adoptados en las historias clínicas son designados por el sistema de salud en general y adaptados por cada institución en particular. Reflejan la diversidad de especialidades dentro de la medicina, y presentan un breve resumen que puede ser comprendido por otros profesionales de la medicina. En el Hospital Muñiz tuve oportunidad de observar como cada historia clínica contenía información aportada por cada profesional que tuvo contacto con el paciente. Además, lleva un registro con fecha de las prácticas que se realizan con el paciente.

Retomando la idea de los niveles de análisis de las historias clínicas, si se piensa al paciente como un sistema, en cada historia clínica se observa como el paciente parece presentar alguna *falla* en alguno de estos niveles que estas presentan. En este sentido, parecería que el problema es del paciente. Esta

forma de concebir al paciente desliga a la institución de su responsabilidad sobre la afección que este posee.

- Esta concepción del paciente como un sistema que presenta fallas parecería verse reflejado en el paciente de la *Sala 17*, Santiago, quien es precintado a su cama por las conductas que realiza como causa del “síndrome confusional” (sic) que padece (se levanta y deambula por la sala con los pantalones bajos), pero la institución se ve imposibilitada de brindarle el ambiente que necesitaría para su óptima recuperación, en palabras del psiquiatra de Guardia “el paciente debería estar en un lugar cálido, acogedor, donde pueda estar relajado”. La historia clínica de este paciente reza “el paciente es contenido mediante precintos para garantizar su seguridad y el acceso endovenoso”.
- Muchas veces ocurre que las historias clínicas no reflejan situaciones que ocurren con los pacientes y que forman parte de sus circunstancias. La paciente de la cama 20, María, en la *Sala 16* ha sido mencionada varias veces por los enfermeros y no he podido entrevistarla porque durante mis horas de práctica en la sala siempre ha estado con visita familiar. Fue diagnosticada VIH positivo hace 6 años. Tuve acceso a su historia clínica en la cual figura dentro de su diagnóstico: SIDA avanzado, toxoplasmosis, hemiplejía y dificultad para tragar. También aparece que su familia pide no pasar a UTI (Unidad de Terapia Intensiva), y no realizar maniobras invasivas.

En la hoja de guardia dentro de la historia clínica de la paciente María dice que esta posee “pronóstico ominoso a corto plazo” (sic). Los enfermeros de esta sala comentan en una entrevista que la familia presenta negación sobre lo ominoso del estado de la paciente. Esta situación familiar no aparece de manera explícita en la historia clínica. A partir de esta situación, no figura ni pedido de interconsulta médico-psicológica, ni a trabajo social y, por lo tanto, es una situación que presenta un conflicto sin que se realicen intervenciones de algún tipo para resolverlas.

- La paciente de la cama 15, Luciana, en la sala 16 es la primera paciente que veo que tiene completa su “historia socio-psico-epidemiológica”. Sobre su dinámica familiar, la historia clínica dice que tiene siete hijos, dos de los cuales se encuentran detenidos. Ella también tiene antecedentes penales por robo. Su diagnóstico de VIH positivo es relativamente reciente (un año). Otra paciente, Marina, de la cama 23 en su historia psicosocial, realizada por la misma trabajadora social informa que la paciente se encuentra con tratamiento nulo y no se realiza los controles por decisión propia. No encuentro pedido de interconsulta con psicología, ni indicación de más entrevistas con la trabajadora social. Resulta llamativo que en la *Sala 17* existan 15 historias clínicas y ninguna tenga completa la ficha psicosocial.

En el capítulo anterior, el foco estuvo puesto en el ingreso de las personas a la institución hospitalaria. Para ello, se realizó un recorrido por las prácticas hospitalarias relacionadas con este momento del proceso de internación, principalmente desde un punto de vista relacional e institucional. También se indagó en las prácticas hospitalarias con relación al momento de la internación. Al pensar al Hospital como una institución total se desprenden diversos factores en relación con la rutina administrada que condiciona las prácticas de los actores.

La posibilidad de concebir dentro de la teoría de Bourdieu a las historias clínicas como parte del Habitus dentro del Campo de la salud pública llevó, por un lado, a indagar en la concepción sobre el paciente que se tiene en la institución; y por el otro, el rol del psicólogo dentro del equipo de salud, quien carece de un lugar físico para la atención a los pacientes que no sea la propia sala de internación o algún lugar prestado en la Guardia, y que esa misma posición simbólicamente aparece en la falta de una hoja propia dentro de la historia clínica.

CAPÍTULO III: ATENCIÓN Y TRATAMIENTOS

En los capítulos I y II realizamos un recorrido sobre el momento del ingreso al Hospital Muñiz, y sobre cómo es el momento de la internación hospitalaria. En el presente capítulo se realiza una descripción y un análisis de los momentos relacionados con la atención y los tratamientos de las patologías y los síntomas que presentan. Esto implica, por un lado, la realización de estudios médicos y tratamientos, que muchas veces pueden ser invasivos y, por lo cual, movilizan ansiedades persecutorias en los pacientes. De esta manera, este segmento del capítulo está centrado en el nivel de análisis subjetivo.

Otro punto central de este capítulo surgió como consecuencia de los constantes y repetidos silencios que aparecieron en las entrevistas a diferentes pacientes. Todos los pacientes guardaron silencio respecto al momento del diagnóstico, y consiguieron generar un relato sobre este a partir de la pregunta directa sobre el tema. Otra coincidencia entre los distintos entrevistados fue el hecho de que solamente conocen su diagnóstico un selecto grupo de seres queridos.

Estudios médicos

A lo largo del proceso de internación, según las características del cuadro clínico que presente al usuario se le realizan diferentes estudios médicos. Existen exámenes de rutina: como análisis bioquímicos, toma de presión arterial; también exámenes indicados según la particularidad del cuadro que presente el paciente. Estos estudios son solicitados por los médicos del servicio donde se encuentra internado el paciente, y también pueden hacerlo los diferentes especialistas que lo examinen.

Estos estudios pueden movilizar ansiedades en los usuarios quienes sienten la amenaza tanto de los diagnósticos como de los tratamientos y estudios

invasivos. Se trataría de la ansiedad persecutoria que Melanie Klein (1948) describe como perteneciente a la posición esquizoparanoide. Esta sería provocada por el peligro que amenaza al organismo proveniente de la pulsión de muerte, y que es colocado vía mecanismo de proyección en el exterior del sujeto, constituyendo una amenaza concreta de la cual defenderse.

A una paciente de la sala 21, Elisa, debían realizarle una biopsia de tejido en una pierna donde tenía heridas, similares a unas ronchas. El estudio consistía en retirarle parte del tejido con un bisturí. La paciente manifestaba un monto de angustia alto en comparación con la intervención médica que debían realizarle, dado que vía mecanismo de proyección aparecía el temor a ser aniquilado por el objeto parcial malo, en este caso, la figura del médico con su estudio médico. Parecería que cuando se realiza el pedido de Interconsulta porque los pacientes tienen temor o resistencia a realizarse estudios o tratamientos lo que sucede es que esa situación (estudios o tratamientos) es vivida por el “yo” de los pacientes como una amenaza ante lo cual el paciente experimenta ansiedad persecutoria.

- La paciente Elisa manifestaba encontrarse muy dolorida y aterrada ante la idea de las dolorosas curaciones que recibiría. Ella había pasado una situación similar hace unos años, y había sufrido mucho dolor. A continuación, relató el fallecimiento de su esposo un tiempo antes de la aparición de las primeras ronchas en su pierna, y cómo a partir de ese momento la vida fue complicándose mucho para ella. La psicóloga le sugirió continuar con terapia psicológica para elaborar el duelo por la pérdida de su esposo. En este caso, pudo verse como una situación que resulta angustiante para la paciente (pérdida de su esposo) es proyectada como amenaza externa ante la cual la paciente quiere defenderse evadiendo el estudio.

En otra ocasión, una infectóloga de la sala 21 realizó el pedido de interconsulta por una paciente, Marisa, internada en esa sala quien estaba muy angustiada porque debían retirarle líquido de los pulmones. Temía mucho por el dolor de la intervención que consistía en un corte en el costado de sus costillas y la extracción del líquido. Además, esta paciente no había podido hablar con el

cirujano que iba a realizarle la intervención. Su deseo era que la durmieran en la sala, antes de llevarla al quirófano para no tener que ver todo lo que sucedía ahí porque la angustiaba “terriblemente”.

La intervención de la psicóloga consistió en sugerir a la paciente conversar sobre su situación con el cirujano, con quien iba a hablar primero, para que tuviera mayor tranquilidad, le explicaran bien el procedimiento y se quitara todas las dudas. Le comentamos que no sabíamos si era posible que la anestesien antes de ir al quirófano, pero que, si le daba mayor tranquilidad, el día de la intervención, el psicólogo de Guardia podía acompañarla hasta ese momento. La psicóloga sugirió a la médica infectóloga facilitar la comunicación entre el cirujano y la paciente, con la finalidad de aclarar sus dudas a fin de mermer el estado de ansiedad de la paciente.

Diagnósticos

La mayoría de los pacientes que son internados y son portadores de VIH ya han sido diagnosticados con anterioridad como seropositivos. A su vez, muchos de ellos, en las entrevistas comentaron que iniciaron el tratamiento con ARV (antiretrovíricos) una vez que les fue diagnosticado SIDA por tener alguna enfermedad marcadora, a pesar de haber tomado conocimiento de su seropositividad años antes.

- Florencia, una paciente *trans* internada en la *sala 16*, durante la entrevista relató conocer su diagnóstico desde hace 18 años, cuando se realizó estudios pre-quirúrgicos para una cirugía estética, pero comenzó el tratamiento con ARV a partir de la enfermedad marcadora, hace 3 años. Ante la pregunta sobre cuál fue el motivo por el cual no consultó con un médico durante los años posteriores al conocimiento de su diagnóstico, relata que por temor o vergüenza no se atrevió a consultar, aunque siempre tuvo en mente el diagnóstico a la hora de cuidar a otras personas.

Desde su primera internación, hace 3 años, hasta la fecha, Florencia ha estado internada varias veces por año, en periodos no menores a dos

meses. Esta historia se repite a lo largo de las entrevistas realizadas a diferentes pacientes en distintas salas. A pesar de los diferentes matices de cada historia, aparecen en común: el conocimiento accidental del diagnóstico, un largo periodo asintomático acompañado de temor y vergüenza por la enfermedad, inicio de SIDA a través de una enfermedad marcadora y, a partir de ese momento, inicio del tratamiento con ARV, en algunos casos con mejor adherencia al tratamiento que otros.

A lo largo de las entrevistas a los pacientes se repite la cuestión de la omisión del momento del diagnóstico a menos que se les haya preguntado directamente sobre el tema. Uno de los motivos de que esto ocurra puede deberse a la estigmatización social que existe sobre la enfermedad debido a que social y culturalmente, el VIH está asociado a cuestiones como: muerte, promiscuidad, homosexualidad, drogas, marginación.

Para Erving Goffman, existe un grupo de personas “estigmatizado” y otro “normal”. Analiza la distancia existente entre lo que se supone que un sujeto debería ser, es decir, su identidad social virtual, y lo que una persona realmente es, es decir, su identidad social real. Cuando existe una distancia entre estas dos identidades es cuando el sujeto está estigmatizado. Podría pensarse que la cuestión del estigma aparece al cruce cuando el paciente ha llegado a una situación donde la enfermedad marcadora lo llama a hacerse cargo de sí. Una vez que el peligro pasa y el sujeto se retira de la institución hospitalaria, en su reinserción social pareciera que el sujeto sale allí con un *secreto*.

La relación entre omisión en el relato sobre el diagnóstico y la estigmatización social se refleja en las entrevistas realizadas a los pacientes, cuando todos los entrevistados relataron que su diagnóstico solamente es conocido por su familia directa y pareja, o amigos muy cercanos. El temor está infundado por el miedo a ser discriminados, no conseguir trabajo, perder vínculos, entre otros, e incluso esto podría ser uno de los motivos que llevan a la falta de adherencia al tratamiento.

- En las entrevistas se vislumbra que el problema que presentan estos pacientes en su cotidianeidad con relación a este secreto es cómo manejan la información para que esto siga siendo desconocido para las demás personas. En una entrevista realizada a la paciente trans, Florencia comentó que en su entorno había mucha prostitución, y que muchas personas que ella conoce que son seropositivas prefieren no cuidarse en sus relaciones sexuales antes que tener que admitir que están infectadas por el virus del VIH. Otra paciente, en sala 21, Gisela, comentaba que sus jefes no sabían que era seropositiva porque probablemente la dejarían sin trabajo ya que "... encima de pobre, enferma. A ellos no les gusta eso".

Relacionando estos datos obtenidos durante la entrevista, con las dificultades en la aceptación del diagnóstico, un hecho importante parece ser la primera internación por SIDA, momento en el cual muchos de los pacientes entrevistados iniciaron el tratamiento con ARV a pesar de conocer su diagnóstico con mucho tiempo de anterioridad. El paso por este tipo de institución parece ser un momento que marca un antes y un después para el sujeto en relación a la sociedad.

Podría decirse que aparece como hipótesis de producción de subjetividad en la institución una doble vertiente: por un lado, la internación por SIDA en muchos casos aparece como un llamado a tomar conciencia sobre la enfermedad y, por lo tanto, convoca a iniciar el tratamiento con ARV. Por otro lado, aparece la estigmatización a nivel social como motivo por el cual los pacientes parecen tener vergüenza de compartir con otros la historia de su paso por la institución. Esto se manifiesta en el discurso de los pacientes entrevistados como un silencio.

Después de realizar un recorrido en los capítulos anteriores sobre el momento del ingreso al Hospital Muñiz, continuando con el proceso de internación en el segundo capítulo, para continuar el recorrido de la persona a

través del proceso de internación hospitalaria, en este capítulo el diagnóstico fue pensado como un hito importante en la historia de la enfermedad del paciente, quien a su vez, por tratarse de una enfermedad estigmatizante debe desplegar estrategias relacionadas con el manejo de la información para que los demás no conozcan su condición y así no sufrir discriminación laboral, familiar, en sus vínculos, en lugares recreativos, etc.

Muchas veces el momento de la internación ha convocado a los pacientes a hacerse cargo de alguna manera de la enfermedad, marcando un antes y un después en la vida de los sujetos. Este momento apareció la mayoría de las veces como un silencio, es decir, de la misma manera que ocurre cuando los sujetos retornan a la cotidianeidad. A su vez, el diagnóstico forma parte de la secuencia estudios-diagnósticos-tratamientos, momentos en los cuales se ven movilizadas ansiedades persecutorias por lo invasivo de los tratamientos y estudios, y también porque tienen relación directa con los diagnósticos. Estas cuestiones tomarán diferentes tintes según las particularidades de la historia de cada sujeto.

CAPÍTULO IV: Rutina

Con el objetivo de conocer cómo se desarrollan los procesos subjetivos durante la internación hospitalaria en los pacientes con VIH/SIDA, hasta ahora se ha visto en el Capítulo I cómo es el ingreso de los pacientes al hospital y al servicio de Guardia; en el Capítulo II, se describe el momento de la internación y las implicancias subjetivas que este momento tiene, como así también la manera en que lo institucional atraviesa las prácticas; y en el Capítulo III, se describen las prácticas institucionales relacionadas con el Diagnóstico y los Tratamientos de los pacientes internados, con énfasis en el nivel de análisis subjetivo.

En el presente capítulo se indaga en la manera en que una rutina ejercida por el grupo de control en el hospital puede plantear diferentes vicisitudes relacionadas con el trabajo interdisciplinario. Esto se debe al desencuentro que se produce entre la burocratización de las necesidades básicas y los deseos de los sujetos internados: para comer, para estar, para compartir con seres queridos, ir al baño, etc. En ese punto se genera una de las posibilidades del trabajo interdisciplinario, allí donde una sola rama del saber se ve insuficiente para abordar una situación pensando en el bienestar del paciente.

Además, a través de viñetas clínicas se analiza la participación de la psicóloga en los diferentes casos, las vicisitudes del trabajo interdisciplinario, y las particularidades de la subjetividad de cada paciente, quienes se encuentran atravesando diferentes procesos psíquicos: por un lado, un duelo que podría calificarse como patológico, y por otro, la complejidad de una conciencia de enfermedad deficitaria. A su vez, estas circunstancias movilizaron ciertas respuestas por parte de los miembros del equipo de salud, aquí profundizadas.

En el Hospital Muñiz los pacientes internados reciben un régimen diario de alimentación que consiste en cuatro comidas. La tarea de distribuir y colaborar en la alimentación es realizada por los enfermeros. Para desayuno y merienda pueden elegir té o mate cocido y les dan o galletas y queso untable, o tostadas

y mermelada. Para el almuerzo será un menú diario, hecho en el mismo Hospital, y que en caso de que la persona necesite una dieta especial se le brindará.

- Algunos pacientes no deben cumplir dietas estrictas y, por lo tanto, reciben comidas de familiares, o pueden comprar en el bar del Hospital. Una paciente de la sala 16, Florencia, comentó durante una entrevista que muchas veces pedía *delivery* de alguna rotisería cercana, y que no ha tenido problemas con el personal del hospital por esta conducta. En otra ocasión, un paciente de la *Sala 17*, Ariel, bebía un agua saborizada, a escondidas. Comentó que es diabético, y que faltaba unos días para que se haga sus controles y, por lo general, cuatro días antes toma solamente agua para que los valores le den normales en el análisis bioquímico.
- En la *Sala 21* acudimos a ver a una paciente, Alejandra, por pedido de interconsulta del equipo de residentes. Según ellos, la paciente “no quería comer”, fingía que comía y a los médicos especialistas no les decía la verdad sobre su alimentación. Acompañé a la psicóloga de Guardia, nos presentamos y le consultamos que estaba ocurriendo con su alimentación. Manifestó no desear comer la comida del Hospital porque no era de su agrado.
Alejandra está internada hace un mes, es seropositiva y presenta un cuadro de tuberculosis. Comentó que se viene sintiendo desganada desde hace 2 meses aproximadamente. Afirma que, por lo general, come muy poco, porque no siente hambre. La psicóloga le señala que, por lo tanto, no es porque la comida del hospital sea fea. Se queda en silencio. Retoma la palabra diciendo que sólo le gusta comer la comida traída por su abuela, quien la visita día por medio en el Hospital. La psicóloga le señala que debe alimentarse bien para volver a su hogar. Se realiza la recomendación a la psicóloga de la Guardia del día siguiente de visitar a esta paciente.

Dentro de los equipos de salud es posible que las diferentes situaciones de los usuarios en torno a la alimentación susciten respuestas de este equipo realizando trabajo interdisciplinario para abordar la complejidad de las situaciones. Para Alicia Stolkiner (2005), la interdisciplinariedad es un posicionamiento que implica reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina para abordar situaciones. La interdisciplina legitima las importaciones de un campo de saber a otro.

- Un caso interesante con relación al trabajo interdisciplinario realizado por los miembros del equipo de salud es el acontecido con una paciente anciana que presenta una relación conflictiva con sus hijas. La paciente se llama Carmen y tiene 80 años, aproximadamente. Se encuentra en un estado avanzado de desnutrición, sumamente delgada. Tiene una sonda nasogástrica, además tiene grandes escaras en sus brazos. Según una de sus hijas el conflicto es supuestamente con la otra hija, quien administra mal los recursos financieros de la paciente. La solución que encontraron fue con ese dinero pagar un acompañante para su madre por las noches en el Hospital.

Una de las infectólogas de la sala comentó su interés por saber qué le sucede a la paciente, en este sentido siguiendo la línea de lo que define Stolkiner, es decir, reconociendo la incompletud de las herramientas que como médica tiene para abordar a una paciente en una situación emocional que le cuesta comprender. La médica relató que por las mañanas cuando está sola, Carmen es una paciente que está tranquila y dócil, y que cuando llegan las hijas se comporta de manera “caprichosa”, no quiere comer, y se la nota malhumorada.

- Nos acercamos con la psicóloga a entrevistar a Carmen. La psicóloga ya ha intentado hablar con ella y no ha tenido otra respuesta que “no tengo nada que decir”, “está todo bien”. Le preguntamos por su alimentación, se resiste a comentar en un principio, pero ante la insistencia responde que le cuesta mucho comer. Al preguntarle reiteradas veces sobre cómo se siente, nos dice que se entristece cuando se queda sola porque

necesita ayuda para hacer cualquier cosa, y desea ponerse bien para ir a su casa. Reforzamos la importancia de expresar lo que le sucede.

Luego la psicóloga se comunicó con la infectóloga para realizar lo que Ferrari, Luchina y Luchina denominan como devolución de la información por la tarea de la Interconsulta. Es decir, la psicóloga realizó un esclarecimiento sobre cómo la situación familiar de la paciente se transformaba en una dificultad para el equipo médico a la hora de atenderla. La dificultad se encontraba en el desconocimiento del equipo de salud sobre la ansiedad que despertaba en la paciente el quedarse sola, y por eso se comportaba de manera “caprichosa”, en palabras de la infectóloga, como una manera de llamar la atención de sus hijas para que se queden con ella.

Sobre esta devolución la infectóloga nos comentó sobre lo disfuncional que es la familia: la paciente llegó en estado de agonía por el avanzado cuadro de desnutrición, sin tomar la medicación para el VIH, y en estado de inconsciencia, la profesional considera que fue debido a un gran abandono por parte de la familia. Es decir, a partir de la devolución de Interconsulta la médica pudo relacionar lo que observaba con otras situaciones familiares que conocía de la paciente, y la intervención de la psicóloga funcionó como un posibilitador de una mayor comprensión por parte de la médica.

Además, podría decirse que la paciente Carmen presenta déficit en su conciencia de enfermedad. Para Ferrari, Luchina y Luchina, se debe indagar en qué significa estar enfermo para el paciente, pero para que pueda movilizar su proceso de curación el paciente debe reconocerse enfermo, en primera instancia. Es decir, la paciente debería poder clasificar las percepciones alarmantes que vienen de su cuerpo o de su mente, que en el caso de Carmen, son físicamente muy notorias, e intentar reunir las con cierta coherencia.

- Carmen relata su creencia en que podrá retornar a su hogar comiendo un poco más. La realidad que mencionan los médicos y lo observado a simple vista es que es muy poco probable que eso ocurra. Este nivel de negación de la enfermedad por parte de la paciente y de sus hijas,

quienes se muestran fastidiosas por la distancia que deben recorrer a diario para atender a su madre, implica un severo riesgo para la paciente quien de alguna forma llegó a pesar alrededor de 20 kg. Un momento importante fue el hecho de que la psicóloga haya podido facilitar la verbalización por parte de Carmen sobre los puntos angustiantes, para ella, de su situación: el quedarse sola.

Focalizando en la relación que establecen los miembros del equipo de salud con la paciente y su familia, en este caso, durante la entrevista realizada a la infectóloga de esa sala se pudo vislumbrar que la relación con las hijas de la paciente era conflictiva porque pensaban que ellas se gastaban el dinero de su jubilación, influía en su capacidad y posibilidades para atenderla en cuanto estas mujeres se encontraban con la paciente. A su vez, esta dificultad era proyectada por la médica en la paciente, de quien decía “se pone difícil, malhumorada y caprichosa”.

Visitas:

Las visitas de los usuarios pueden acudir en el turno de la tarde. En las salas no pueden ingresar niños por los riesgos que implican para la salud de estos el estar expuestos a las enfermedades de los pacientes de las salas. Esta situación adquiere un tinte particular en las salas donde están las mujeres, muchas de ellas con hijos pequeños. En caso de poseer autorización del infectólogo en el servicio en el que se encuentra internada, la paciente podrá salir a los patios internos del hospital. Dicha salida se realizará con un barbijo que deberá usar durante el tiempo compartido con sus hijos. En caso de no poseer esta autorización, las pacientes no verán a sus hijos durante el tiempo que estén internadas.

Hay personas que no reciben visitas. Muchas de ellas se encuentran en situación de abandono. Un enfermero de la sala 16 comentó en una entrevista realizada, sobre una paciente que vivió 2 años en esa sala porque no tenía familiares que la ayudaran con los cuidados y tampoco una vivienda a la cual regresar. En este sentido, podría pensarse que el Hospital en ocasiones

funciona como lugar de aislamiento social de aquellos que no encajan en la estructura de nuestra sociedad.

- Una paciente de 78 años, Juana, en *sala 21* estaba lista para irse de alta desde hacía 3 días. Dicha alta no había sido concretada porque sus dos hijos no podían ir a buscarla al Hospital. La mujer, que estaba en la cama 11 de la sala había desmejorado ese día, ella me decía: “es por los nervios que me siento mal de nuevo, me quiero ir a mi casa y nadie me ayuda”. Pregunté a una residente si había hablado con la Trabajadora Social, a lo cual respondieron que había quedado en pasar ese día temprano y todavía no había ido. Le respondí a la paciente que seguramente buscaban la forma de ubicarla de una forma segura en su hogar, y que tratara de no ponerse nerviosa así se iba fuerte del Hospital. Asintió y me comentó avergonzada que iba al baño a lavarse porque de los nervios se había hecho pis encima un rato antes.

A propósito de las familias, el servicio de Trabajo Social trabaja arduamente en las salas. Muchas veces se presentan situaciones conflictivas con relación a dinero, responsabilidades y cuidados sobre los pacientes y es allí donde ellos deben intervenir. Los psicólogos de Guardia también son llamados cuando se viven situaciones conflictivas con las familias, trabajando interdisciplinariamente con Trabajadores Sociales la mayor parte del tiempo.

En el recorrido realizado con el objetivo de vislumbrar los procesos de subjetivación durante el periodo de internación hospitalaria en los pacientes con VIH/SIDA, se ha analizado el momento de ingreso del paciente al Hospital, el momento de internación, como así también lo relacionado con el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

En este capítulo se analizó el trabajo interdisciplinario a través de casos que sirvieron para ilustrar el rol del psicólogo como esclarecedor de los conflictos latentes. Este esclarecimiento se realiza con relación a un pedido manifiesto de colaboración por parte de otro profesional quien encuentra que sus

conocimientos no son suficientes a la hora de abordar una situación particular con un paciente y su familia.

Dichas situaciones llevaron a la posibilidad de vislumbrar procesos psíquicos subjetivos en los pacientes internados que a su vez movilizaron mecanismos defensivos por parte de los miembros del equipo de salud. Nuevamente la importancia del rol del psicólogo aparece por la posibilidad de colaborar a que los actores pongan en palabras, es decir, armen un relato sobre las situaciones que están atravesando, la manera en la que se sienten y qué despierta en ellos las conductas de los otros.

CAPÍTULO V: SITUACIONES ESPECIALES

Recapitulando el recorrido proceso de internación hospitalaria que atraviesan los pacientes y cómo este recorrido influye los procesos de subjetivación, hasta el momento se analizaron las prácticas hospitalarias relacionadas con el momento del ingreso (capítulo I), la internación (capítulo II), diagnósticos y tratamientos (capítulo III), y rutina (capítulo IV). Cada capítulo fue abordado desde diferentes niveles de análisis: institucional, relacional y subjetivo.

Este capítulo surge como una necesidad de relatar las características de la participación del psicólogo en el contexto hospitalario, por un lado, y, además, en miras a conocer los procesos de subjetivación, a través de viñetas clínicas se comenta sobre qué es lo que sucede con los pacientes que parecen no responder a la imagen de “buen paciente”. En este sentido, tomarán notoriedad los niveles de análisis subjetivo y vincular. En primer lugar, la identificación de ciertas prácticas hospitalarias reflejadas en categorías de análisis de los pacientes aportadas por el Hospital, observadas en las historias clínicas e interacciones de los miembros del equipo de salud con los casos utilizados para ilustrar estas situaciones. Respecto a las relaciones entre los actores, se analizará parte del proceso grupal entre los miembros del equipo de salud y los pacientes movilizados por las representaciones de la enfermedad y la muerte.

La mayoría de las veces los psicólogos de Guardia son llamados desde las salas con pedido de interconsulta cuando acontece alguna situación que desborda la capacidad de control de los enfermeros, residentes y/o infectólogos. El pedido de interconsulta puede ser realizado por cualquier miembro del equipo de salud. Las situaciones problemáticas que se pueden presentar en las salas y por las cuales son consultados los psicólogos tienen que ver, por lo general, con pacientes o familiares que no quieren realizar tratamientos, o que se encuentran angustiados/ansiosos, también, por familiares que parecen no aceptar la gravedad del cuadro de los pacientes, o personas que quieren un alta voluntaria, entre otras.

El “viejo degenerado”

En la sala 17, uno de los primeros días de práctica profesional en uno de los últimos cubículos se encontraban dos hombres, uno de ellos de gran contextura física, estaba acostado, me preguntó: ¿Vos sabes sobre el sufrimiento de los cristianos? Respondí si acaso me hablaba de los mártires. “sí, yo sé que me toca sufrir un montón en esta vida; por eso estoy acá”.

- El paciente se llama Santiago, se movía mucho, pensé que se acomodaba para merendar, porque la enfermera le dejó una bebida caliente y pan. En ese momento noté que él tenía las muñecas atadas con precintos y gazas a los barrotes de la cama.

El compañero de habitación de Santiago, Andrés, me comentó que estaba castigado porque unos días antes cuando entraban las enfermeras de las 18.00 h se bajó los pantalones y salió caminando con los pantalones bajos por el pasillo. En una entrevista al psiquiatra de Guardia, al preguntarle sobre esta conducta del paciente, comentó que en ese horario la actividad de los neurotransmisores aumenta y, por lo tanto, es normal que suceda eso, aunque el continúe dentro de un cuadro confusional.

Los precintos funcionan como una herramienta que ayuda a cumplir los objetivos de la institución, es decir, mantener al paciente en su cama, recibiendo la atención que el personal del Hospital decide es la adecuada para su condición.

- En la historia clínica del paciente informa el médico infectólogo en la Hoja de Guardia que se trata de un “paciente con VIH avanzado”, con “deterioro cognitivo agudo”, “ex adicto a la drogas endovenosas”. La ficha además informa que el paciente consumió tabaco, marihuana y cocaína. Tuvo hepatitis. El paciente fue diagnosticado VIH positivo hace once años. Fue traído a la Guardia por su familia porque presentaba

deterioro cognitivo y de la marcha. El informe psiquiátrico describe: “SNC estuporoso: leve estado confuso en referencia a su orientación temporal, espacial y personal”.

Dentro de la historia clínica existe un apartado específico con el nombre: *sexualidad*. En este apartado se tilda si el paciente tiene relaciones sexuales homosexuales, bisexuales, o heterosexuales. Además, aparece un listado de enfermedades de transmisión sexual, allí marcados SIDA y sífilis. Aparentemente, en este sistema armado por la historia clínica, para el personal que ejerce el control sobre el grupo de personas internadas, la sexualidad se reduce a enfermedades y al tipo de contacto que el paciente tenga en su encuentro con otros.

Figura en la historia clínica de Santiago el pedido de interconsulta a psiquiatría por parte de los médicos residentes de la *sala 17*. El motivo manifiesto de este pedido parece ser que el paciente presenta un estado de conducta de excitación y agresividad. Los residentes solicitan evaluar y medicar. A partir de este pedido de interconsulta aparece: “se realiza contención física relativa para mantener el acceso venoso”. A lo largo de la historia figura como: “contenido en la cama por su seguridad”.

Santiago fue medicado con Lorazepam: 2,5 mg cada 8 h y Haloperidol. En una entrevista realizada a uno de los psiquiatras del servicio de Guardia, respecto a pacientes con este tipo de cuadros clínicos, comentó: “lo que ocurre muchas veces es que uno identifica el cuadro confusional, donde el paciente vive cualquier estímulo del exterior como una agresión a su persona, y sabes que lo mejor para esa persona es no medicar en ese momento, buscarle un lugar acogedor y cómodo hasta que se calme de ese estado. Pero las posibilidades de brindarle un entorno como se debe son nulas. Entonces ahí se lo medica, muchas veces se lo contiene, y un montón de situaciones de ese estilo suceden”.

Puede pensarse si el uso excesivo de fármacos funciona como un alienante que encubre situaciones de conflicto. En este caso, podría decirse que lo que ocurre con Santiago es, por un lado, se encubre la imposibilidad del Hospital para brindarle un ambiente propicio para su bienestar durante este síndrome,

es decir, un ambiente cálido y acogedor y por el otro, funciona como forma de control de la conducta que parece inquietar a los miembros del equipo de salud: que el paciente se baje los pantalones.

En una observación realizada en la *sala 17*, vi a un enfermero con mucha energía. Ingresó a la habitación de Santiago: escuché en ese momento por primera vez al paciente reír. Me encontraba cerca, entrevistando a otro paciente, Mauricio, al cual decidí consultarle sobre Santiago. Su respuesta fue: “Santiago, es un viejo re loco. Tiene cansados a todos. El degenerado está esperando que entren enfermeras para salir desnudo y mostrarles el pito. Porque cuando no hay chicas él no sale, no es un viejo boludo. Y bueno, se enojaron y lo ataron”.

Decidí indagar más sobre este enfermero, comentándole al paciente que un enfermero hacía reír a Santiago mientras le daba la comida. Contestó:

“Sí, ese muchacho tiene muy buen trato con todos. Es el único que le da de comer al viejo, los demás ni lo miran. Las chicas de la tarde son las que le cambian la ropa. Nadie se le quiere acercar y es porque está loco...”. Según la entrevista realizada a Mauricio, de la misma sala, si no está ese enfermero “carismático” el paciente no come porque no todos los enfermeros tienen ganas de darle de comer porque es un “viejo degenerado”.

Es posible que Mauricio de alguna forma esté traduciendo en palabras lo que sucede con Santiago. Utilizando la teoría de Enrique Pichón Riviere (1985), podría decirse que ocurre un proceso en el cual los miembros de un grupo, en este caso, pacientes y enfermeros de la *sala 17* utilizan el mecanismo de defensa de la proyección para colocar en una persona, en este caso, Santiago, aspectos patológicos relacionados con una situación.

Siguiendo con las ideas de este Pichón Riviere, en este caso vía mecanismo de proyección es “depositado” por los miembros del grupo (equipo de salud y compañeros internados) “lo depositado”: en este caso los aspectos patológicos relacionados con la enfermedad, la sexualidad, “lo degenerado” asociado a nivel social con las representaciones que giran en torno al VIH/SIDA y que

movilizan ansiedades tanto en los mismos pacientes como en los miembros del equipo de atención.

El paciente Santiago es ubicado como “depositario”, en un proceso de asunción y adjudicación de roles donde el paciente queda segregado. De todas maneras, en ese proceso el depositario debe asumir el rol que le es adjudicado, no podría decir si en este caso se cumple esa condición. Por otro lado, parecería que esa valoración que proyecta lo depositado es la que se utilizaría de manera inconsciente por el personal de enfermería de la sala responsables de ayudar al paciente a comer.

Puede decirse que la alteración del paciente *ser un viejo degenerado* ofende a otros en esta institución y, por lo tanto, merece sanción, de parte del grupo que ejerce control sobre los internados. Ocurre en las instituciones totales que se encuentra una dicotomía entre “los justos” y “los que no se miden”, en este caso, pareciera ser que lo justo es no dar de comer, y quien lo hace es porque es “carismático”.

A partir de las observaciones y las entrevistas realizadas, tanto a pacientes internados como a miembros del equipo de salud, podría decirse que la relación que se establece entre estos últimos y Santiago, es conflictiva, en cuanto la representación de algunos enfermeros en que el paciente realiza ciertas acciones porque es un degenerado parecería incidir en la forma en que se comportan con él. Es decir, la hipótesis sobre construcción de subjetividad que aquí puede aplicarse es si el paciente es ubicado como el depositario de lo degenerado, situación que podría ser movilizada por las ansiedades que despierta en los miembros del equipo de salud que trabajan con pacientes portadores del virus; ansiedades cargadas de la estigmatización social alrededor de la sexualidad con relación al SIDA.

Para José Bleger (1966), el contacto con la enfermedad y la muerte produce altos niveles de ansiedad y, por lo tanto, se generan comportamientos defensivos en esas circunstancias. Cuando esto no es explicitado por los miembros del equipo de salud, se transforma en síntoma generando el tipo de situaciones conflictivas entre miembros de equipo de salud y los pacientes como la observada con Santiago, donde el paciente depositario de “lo

degenerado” es segregado por las conductas defensivas de gran parte del equipo de salud.

“Nosotros también somos personas”

- En la *sala 21* observé una mujer, Luciana, limpiando un ventilador de pie, durante un periodo extenso. Se trataba de una paciente y no personal de maestranza. Le pregunté si necesitaba ayuda, me dijo: “estoy nerviosa”. Comentó que había pedido a los enfermeros un ventilador porque hacía mucho calor en la sala. Para entregarle el ventilador le pidieron su firma y número de DNI así se responsabilizaba si se rompía o lo robaban. Le dije que la ayudaba a revisar y colocar el ventilador para asegurarnos de que esté en perfecto funcionamiento, para su tranquilidad.

El conflicto con esta paciente tenía como base la situación de que ella llevaba siete meses internada. La paciente era seropositiva desde hace 10 años, además, enferma de diabetes, hepatitis y toxoplasmosis. Parece presentar algunos signos de deterioro cognitivo, sin embargo, su motricidad es buena, y tiene energía, por lo tanto, deambula por la sala, situación que no es de agrado para algunos miembros del equipo de salud. La paciente es visitada semanalmente por el psiquiatra de la sala 21, y en algunas ocasiones han llamado a la psicóloga de Guardia cuando la paciente ha estado con niveles elevados de ansiedad.

Se repite la situación en la que un paciente es castigado por no mostrar la conducta esperada, al exigir, además, un ventilador, es sancionada, siendo colocada como responsable del artefacto. La norma que estaría rompiendo la paciente tiene que ver con la representación de los miembros del equipo de salud de cómo debe comportarse un paciente (mantenerse en cama), y aceptar pasivamente el calor o la falta de este tipo de artefactos durante los calurosos días de diciembre. La paciente me dijo “nosotros también somos personas”.

Siguiendo la línea de los anteriores capítulos que tienen como objetivo general conocer cómo es el desarrollo de la subjetividad durante el proceso de internación hospitalaria en los pacientes con VIH/SIDA, se han recorrido las prácticas relacionadas con el ingreso de los pacientes al Hospital, el momento de internación, diagnóstico y tratamientos, además de un análisis sobre los aspectos relacionados con la rutina de los pacientes internados.

En este capítulo, la articulación teórico-práctica estuvo enfocada en el nivel de análisis de las relaciones que se establecen entre los actores del Hospital. Pensando estos actores en una división de dos grupos: de control e internados, el conflicto en los casos aquí expuestos como situaciones especiales, es decir, cuando se produce una distancia entre las conductas esperadas por un paciente y las que realiza es el punto donde suelen ser llamados los psicólogos para intervenir por los miembros del equipo de salud.

Esta relación grupal se ha organizado en torno a los aspectos patológicos asociados a la enfermedad del SIDA siendo un paciente depositario de estos aspectos, resultado ser segregado a la vez que sancionado por presentar una conducta no esperada para un buen paciente. Estos procesos ocurren por el contacto con la enfermedad y la muerte, tanto para los pacientes como para los miembros del equipo de salud.

Otro punto importante en este capítulo fue comprender qué categorización institucional se realiza para describir el cuadro de un paciente que queda por fuera de las conductas esperadas, como el paciente Santiago, y la manera en la utilización de psicofármacos podría responder a una imposibilidad del Hospital de brindarle las condiciones óptimas para su atención. Resulta significativa la sanción que realiza una gran parte del grupo de control sobre el paciente que presenta la conducta desviada, y cómo esto genera procesos de construcción de subjetividades en los pacientes.

CAPÍTULO VI: EXTERNACIÓN

Hasta este momento se han descrito parte de las prácticas hospitalarias que se realizan con los usuarios que ingresan al hospital por el servicio de Guardia, donde finalmente muchos de ellos son internados por complicaciones relacionadas con la enfermedad del SIDA (capítulo I), luego, en el capítulo II el foco estuvo puesto en las prácticas hospitalarias relacionadas con este momento del proceso de internación, principalmente desde un punto de vista vincular e institucional. En el capítulo III, el diagnóstico fue pensado como un hito importante en la historia de la enfermedad del sujeto, y los tratamientos a los que son sometidos como un momento que moviliza muchas ansiedades en los pacientes.

En el capítulo IV, el foco estuvo puesto en la rutina que llevan los pacientes internados, pensándolo principalmente desde un punto de vista relacional e institucional. En el capítulo anterior (V), se profundizó en la cuestión de las situaciones especiales, es decir, los pacientes que no responden a las normas de “buen paciente” y cómo éstos se constituyen en pedido de Interconsulta para psicólogos y psiquiatras.

Finalizando este recorrido por el que atraviesa el paciente en el proceso de internación hospitalaria, en el presente capítulo la articulación teórico-práctica se encuentra al servicio de identificar cuestiones relacionadas con el proceso de alta del paciente, ya sea médica o voluntaria. La primera con relación a las vicisitudes de retornar a la vida cotidiana, y en el segundo caso el foco estará puesto en la manera en que las conductas autolesivas de los pacientes parecen afectar a los miembros del equipo de salud.

La fecha de alta médica genera ansiedad en los pacientes y sus familiares. En algunos casos los pacientes quieren irse lo antes posible del Hospital y cuentan con los recursos para lograr este retorno: tienen un hogar al cuál volver, seres queridos que los reciban y acompañen, actividades que

retomar. Otras veces los pacientes tienen dificultades para concretar el regreso, lo cual podría suceder cuando no tienen alguna persona cercana que los ayude en su recuperación, o cuando se encuentran en situación de calle o con muchas necesidades socioeconómicas sin cubrir.

- En una entrevista realizada a un enfermero, Gonzalo, de la *sala 16*: comentó que "...acá todas las pacientes tienen VIH, muchas de ellas viven en situación de calle, y muchas quedan acá porque están abandonadas". Según este enfermero ha habido pacientes en situación de abandono hasta por dos años, y por estas circunstancias dependen sobre todo del cuidado del equipo de enfermeros: para asearlas, administrarles la medicación, alimentar a la que no puede comer por sus propios medios, etc.

Para los pacientes que pasan largos períodos internados, cuando se acerca la fecha del alta, el médico tratante le avisa con anticipación que podrían quedar cierta cantidad de controles antes de realizar el alta, para que el paciente pueda ir pensando en su externación. Además, muchos de ellos tendrán que volver algunos días al hospital para realizar los controles y tratamientos ambulatorios.

- Una paciente *trans*, Florencia, internada en la *sala 16* durante la entrevista realizada comentó que a veces le dan ataques de pánico cuando sale de las internaciones, porque pasó mucho tiempo "encerrada" y de repente le cuesta habituarse a estar afuera nuevamente. Le pedí que me contara qué hace cuando le sucede eso y a quién acude en busca de ayuda. Me dijo que ahora simplemente se encierra varios días en su casa hasta que la ansiedad por sí sola merma. Además, pide a sus amistades que la acompañen. Le recomendé consultar con Salud Mental en el Hospital si sentía que la situación persistía.

Si la estadía del interno es prolongada puede ocurrir una especie de desentrenamiento que lo incapacita temporariamente para realizar ciertas tareas relacionadas con la vida cotidiana en el exterior una vez que retorna. Esto parecía sucederle a Florencia, quien llevaba 3 meses en la *sala 16*, pero

ya había pasado largos periodos internada, en otras ocasiones. Durante la entrevista, comentaba sobre la extraña sensación de volver a adaptarse a su entorno y a las tareas cotidianas.

Esta situación ya le había ocurrido a la paciente en sus externaciones previas. La solución que encontró fue utilizar la primera semana para continuar encerrada en su casa pero preparándose físicamente para el retorno a sus demás actividades. La forma que encontró la paciente de salir de su “desentrenamiento cultural” fue arreglar su cabello, hacer tratamientos para la piel en su hogar y además mentalizarse en alimentarse bien para recuperar su peso.

- En otra ocasión, en la *sala 21*, la hija de una paciente se acercó de manera espontánea a hablar con la psicóloga. Estaba acompañando a su madre, quien iba a ser externada y le preocupaba el hecho de que: - “se deprime y se abandona. Se deja estar, se llena de piojos... esta vez no quiero que le pase así”. Se fueron con la indicación por parte de la psicóloga de realizar tratamiento. Para ello, el día miércoles cuando venga a hacerse los chequeos médicos debe acercarse a la *sala 8*, de Salud Mental para solicitar un turno.

Así, la importancia de la demanda espontánea aparece como posible intervención del psicólogo que es buscado por quien sabe que está allí, en ese Hospital. Esa paciente y su hija se fueron orientadas con un siguiente paso para su recuperación. Ocurriría aquí lo que René Kaës (1989) denomina como apuntalamiento. Para explicar el concepto Kaës propone que la psiquis tiene dos bordes y sobre estos dos bordes se realiza esta idea del apuntalamiento: uno que remite al cuerpo, y otro que remite a la cultura. El apuntalamiento sucedería en el espacio entre estos dos bordes. En este caso el apuntalamiento estaría dado por la institución que apuntala a la paciente y su hija contra los miedos, que en este caso remiten a la enfermedad y la muerte, dándoles la posibilidad de acompañarlas en el proceso de retorno a su vida cotidiana de una manera más funcional.

Otra posibilidad de externación es la voluntaria, es decir, sin el consentimiento de los médicos por considerar que representa un riesgo para la salud del

paciente. En las entrevistas realizadas al personal de enfermería, éstos han relatado situaciones de pacientes quienes son internados varias veces por año y, por lo general, se van con alta voluntaria. Estos pacientes muchas veces no tienen buena adherencia a los tratamientos y, por eso, vuelven a ser internados regularmente.

Una característica específica del trabajo con seres humanos es que plantean la situación problemática de constituirse en objetos de la simpatía e inclusive del cariño del equipo de salud y personal del hospital. En palabras de Goffman: “siempre existe el peligro de que un interno parezca humano”. La constante exposición y el intercambio comunicativo, la atención y los conocimientos sobre la situación del paciente colocan al miembro del equipo de salud en una situación de vulnerabilidad, en cuanto puede llegar a sentirse afectado por el sufrimiento del paciente internado, o sus seres queridos, vía identificación.

- El grupo de enfermeros de la *Sala 16* comenta en las entrevistas sentirse afectados por las conductas autolesivas de los pacientes. En vísperas de las fiestas de fin de año muchos pacientes se fueron con alta voluntaria. Respecto a esta situación, Gonzalo, el enfermero, comentó: “hay muchas de estas pacientes que ya saben que están muy mal, entonces entre quedarse acá internadas o pasar las fiestas en sus casas, prefieren irse a pasar con sus familias porque no saben cuánto tiempo les queda...”. Otra enfermera agregó: “y otras que se van porque ya están hartas de estar internadas pero que sabes que van a tomar y comer de todo y van a volver todas mal el lunes”.

Muchas veces la existencia de circunstancias particulares de los pacientes suscitan la compaginación de dos hechos: por un lado, el hecho de que el personal del equipo de salud está obligado a encuadrar dentro de ciertas normas humanitarias el trato con las personas internadas. Por otro lado, el hecho de que concebir al otro como una persona implica también atribuirles raciocinio, responsabilidad sobre sus acciones, a la vez que los vuelve susceptibles de interés emocional.

Considerando ambos hechos, devienen situaciones que resultan emocionalmente conflictivas para los miembros del equipo de salud: un ejemplo

de esto son las situaciones en las que los pacientes actúan poniendo en riesgo su propia salud, como en el caso de los pacientes que se retiran con alta voluntaria del hospital, o después de las fiestas de fin de año, los pacientes que regresan con trastornos digestivos por haber consumido comida, bebida o estupefacientes cuando saben que no deben hacerlo. También ocurre que los pacientes crónicos suelen no realizar adecuadamente los tratamientos.

En sus esfuerzos por contrarrestar los efectos de estas acciones que producen los pacientes desde una tendencia autodestructiva, los miembros del equipo de salud pueden verse obligados a intentar que los pacientes ajusten sus conductas mostrándose de manera autoritaria, cuando solamente están buscando que no se hagan daño. En ese tipo de circunstancias a duras penas podrá el personal mantener el control sobre sus emociones. Para Ferrari, Luchina y Luchina, en la relación del médico y el paciente, extrapolado al equipo de salud a los fines de esta investigación, el campo interrelacional emocional es lo que denominamos “campo dinámico”.

En este sentido, en la relación existente entre el equipo de la *sala 16* encargado de velar por la salud del paciente y, éstos últimos y sus familiares supone la existencia de fenómenos transferenciales y contratransferenciales como los que ocurren en un proceso psicoterapéutico, solo que en este caso no son reconocidos por el equipo de salud, ni trabajados. Podría decirse que el abandonar la sala por parte de los enfermeros o el enojarse, tomar actitudes hostiles con algunos pacientes, constituyen respuestas contratransferenciales no analizadas que se *actúan* en lugar de ser puestas en palabras.

- Un enfermero de la *sala 16* dijo durante una entrevista: “los enfermeros no duran mucho porque es algo que psicológicamente los afecta mucho”. Para Enríquez (1989), la dificultad para hablar de los pacientes o hacerlos hablar por parte de quienes los asisten, es decir, enfermeros en este caso, remite por un lado a una defensa contra una herida narcisista, y, por el otro, a la persistencia insistente del fantasma de la muerte física y psíquica. Esto aparece en el relato de los enfermeros; las dificultades para enfrentarse con la situación en la que se encuentran los pacientes.

Habiendo recorrido los momentos iniciales del proceso de internación hospitalaria, es decir, ingreso y momento de internación; posteriormente analizando las cuestiones relacionadas con la estadía del paciente en el hospital el foco estuvo puesto en los tratamientos y diagnósticos de los pacientes, destacándose el nivel subjetivo de análisis, y las vicisitudes relacionadas con la rutina diaria de los pacientes, destacándose lo institucional y vincular. Surgió la necesidad de realizar un capítulo para las situaciones especiales de pacientes que convocan la labor de psicólogos especialmente y de psiquiatras.

Finalmente, terminando las etapas del recorrido seleccionado para mostrar el proceso por el que atraviesa el paciente internado en la institución hospitalaria, en este capítulo se analizó en un nivel institucional cómo el Hospital puede apuntalar a los pacientes atravesados por una desculturación a retomar sus actividades diarias según los recursos psicológicos con los que cuente cada persona. A nivel relacional se ha identificado algunos patrones transferenciales y contratransferenciales, especialmente, que muestran que el equipo médico, en particular, los enfermeros se ven afectados por las conductas autolesivas de los pacientes.

CONCLUSIONES

El presente Trabajo Integrador Final se propuso conocer, a través de la articulación teórico-práctica, cómo son los procesos subjetivos en los pacientes con VIH/SIDA durante la internación hospitalaria. A fin de indagar en dichos procesos subjetivos, la organización del presente trabajo se estableció siguiendo los diferentes momentos por los que atraviesa, de manera general, un paciente en un proceso de internación hospitalaria.

El diseño utilizado fue el exploratorio, de orden cualitativo. A lo largo de las horas de Práctica Intensiva Final en el Hospital J. F. Muñiz, las técnicas recolección de datos fueron: revisión de documentación, observación participante y entrevistas tanto a miembros del equipo de salud como a pacientes internados, según las posibilidades brindadas por la institución, bajo la tutela del jefe del Servicio de Guardia, Dr. Gerardo Laube.

La metodología de análisis fue organizada con base en diferentes niveles: institucional, vincular y subjetivo; en entrecruzamiento con los objetivos específicos: descripción de las prácticas hospitalarias, caracterización de la relación entre equipo de atención y pacientes, y caracterización de la participación del psicólogo durante el proceso de internación hospitalaria. Las *conclusiones* fueron las siguientes:

En base al nivel de análisis vincular, resalta el hecho de que el “paciente esperado” por los miembros del equipo de salud está conformado por las representaciones asociadas al “buen paciente”, es decir: un paciente “sumiso”, “obediente”, de buen carácter y con paciencia. En varias ocasiones a lo largo de las horas de práctica (como en el caso de los pacientes Santiago y Claudia; en Cap. V) el choque entre esta representación y el paciente real resultaron el desencadenante del pedido de interconsulta médico-psicológica (y/o psiquiátrica).

Los psicólogos deben responder a la solicitud de interconsulta a través de la realización de intervenciones que ayuden a reencuadrar la relación

médico-paciente para facilitar la atención integral a los pacientes, como en el caso de la paciente Carmen, donde la intervención se enfocó en el trabajo con los infectólogos de la sala y la paciente (Cap. IV).

Otro motivo de pedido de interconsulta médico-psicológica se relaciona con la situación crítica que atraviesan en su salud los pacientes y su vez lo que esta situación moviliza en los miembros del equipo de salud. Es decir, el deterioro en la salud de los pacientes y el peligro de muerte moviliza en los miembros del equipo de salud mecanismos de defensa que muchas veces obstaculizan la atención a los pacientes. Esta situación se ha observado en el caso de Santiago, en el cual se condensaron los aspectos patológicos asociados a la enfermedad del SIDA, volviéndose este *depositario* de “lo degenerado” (Cap. V).

Tomando en consideración otro nivel de análisis, el institucional, el estudio de las historias clínicas reveló la concepción de paciente existente en la institución de Salud Pública, en la cual el paciente es concebido como un sistema. Este sistema es analizado según distintos niveles en los cuales puede presentar fallas (Cap. II). Los “niveles” parecerían estar configurados por las distintas disciplinas y especialidades en Salud, plasmadas en las diferentes fichas en las que se colocan las características de las personas.

En cuanto a la participación del psicólogo durante el proceso de internación, un punto importante a destacar es que los psicólogos carecen de un lugar físico propio donde atender a los pacientes, cuestión que es recurrente, considerando que dentro de las historias clínicas los psicólogos tampoco poseen una hoja específica de evaluación y/o informes. Esta situación se ha evidenciado en los pedidos de interconsulta desde el servicio de Guardia, cuando debió utilizarse un consultorio de dermatología para tener privacidad con una paciente.

Respecto al nivel de análisis subjetivo, el estudio de las entrevistas realizadas a los pacientes revela que existió generalmente un *silencio* en los pacientes al momento de hablar sobre el diagnóstico. Esto podría deberse al manejo de información que estos pacientes deben realizar en sociedad para no quedar expuestos y, por ende, asociados y estigmatizados por ser portadores de VIH/SIDA. Muchos de ellos temen, y no sin criterio de realidad, la discriminación en sus relaciones afectivas y laborales. En palabras de una

paciente de *Sala 21*: “si mis patrones supieran mi diagnóstico, me echan; imagínate: encima de pobre, sidosa” (Cap V).

Además, el proceso de externación implica muchas veces para los pacientes una “desculturación”, como en el caso Florencia, o la paciente que acompañaba a su madre en sala 21 (Cap VI). Es decir, los pacientes presentan dificultades para retornar a sus actividades cotidianas. Esto podría ser un punto de intervención para los psicólogos, como acompañantes de un dispositivo de externación que apunte a los pacientes durante este proceso.

A lo largo de la presente investigación se mostraron algunas de las relaciones planteadas en los objetivos de este trabajo. A partir de este, será interesante profundizar en algunos interrogantes que quedan abiertos: personalmente, encuentro la cuestión del trabajo de los enfermeros en las salas de atención a los pacientes con VIH/SIDA como uno de los puntos a indagar, considerando el material obtenido en las entrevistas sobre la poca duración del personal en la atención de salas. Este hecho apareció en algunas entrevistas de manera naturalizada por lo cual se convierte en un punto importante para interrogar y por qué no, desnaturalizar.

Otro factor a considerar en posteriores investigaciones podría ser el relacionado con las conductas autolesivas de los pacientes, que según lo relatado por los enfermeros durante las entrevistas, se constituye en una conducta que se repite. Profundizar en esta situación a partir de los dos puntos de vista, el de los pacientes, y el de los enfermeros podría ser una de las posibilidades que se desprenden a partir de la presente investigación.

Espero este trabajo sea un aporte a la reflexión sobre los procesos de subjetivación en las instituciones estatales, especialmente a la institución de la Salud Pública, en la que los psicólogos tenemos mucho para interrogar, proponer e intervenir.

REFERENCIAS

- Ander-Egg, E. (2011). Aprender a investigar: nociones básicas para la investigación social. Córdoba, Argentina. Ed. Brujas.
- Bleger, J. (1964). *La entrevista psicológica: su empleo en el diagnóstico y la investigación*. la Universidad. Facultad de Filosofía y Letras. Departamento de Psicología.
- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Bourdieu, P. (1991). Estructuras, habitus, prácticas. *El sentido práctico*. Madrid. Ed. Taurus.
- Buratti, M. S. (1998) Algunas consideraciones en torno a una experiencia de Guardia. *Revista Psicoanálisis y el Hospital*. Año 7. N° 13.
- Cahn, P. C., y Ulloa, P. F. (1994). *PSIDA: un enfoque integral*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Capelán, M. y Gómez Pérez, M. (1998) Guardia en un hospital general: una ficción. *Revista Psicoanálisis y el Hospital*. Año 7. N° 13.
- Ferrari, H., Luchina, N., y Luchina, I. L. (1977). *La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Freud, S (1914) Introducción al narcisismo. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1920-1922) *Psicología de las masas y análisis del yo*. Buenos Aires y Madrid, Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1921). *Más allá del principio de placer*. Buenos Aires y Madrid, Amorrortu Editores.
- García de Amusquibar, A. M. (1992) Urgencias Psiquiátricas. *Revista Argentina de Psicopatología*, 3 (5): 3-10. Argentina.

- Goffman, E. (1961). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Goffman, E., y Guinsberg, L. (1970). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaës, R., Bleger, J., Enriquez, E., Fornari, F., y Fustier, P. (1989). *La institución y las instituciones: estudios psicoanalíticos*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Klein, M. (1948). Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. *Obras completas, Desarrollos en Psicoanálisis*, 235-251. Barcelona: Ed. Paidós.
- Lerner, H., y Sternbach, S. (2007). Organizaciones fronterizas. *Fronteras del Psicoanálisis*, Buenos Aires. Editorial Lugar.
- Ministerio de Salud de CABA (2016). *Situación epidemiológica del VIH-SIDA en la ciudad de Buenos Aires*. C.A.B.A.
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación (2016) *Boletín Sobre el VIH/SIDA* n° 33. Argentina
- Organización Mundial de la Salud (2015). VIH/SIDA. Nota descriptiva n° 360 recuperada en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/> el día 26/07/2017.
- Pichón-Riviere, E. (1985). Teoría del vínculo. *Buenos Aires: Nueva Visión*.
- Rubió, N. y Barugel, E. (2004). *El Filete Porteño*. Buenos Aires. Maizal ediciones.
- Scribano, A. (2002). *Introducción al proceso de investigación en ciencias sociales*. Buenos Aires. Editorial Copiar.
- Stolkiner, A. (2005) Interdisciplina y salud mental. IX Jornadas nacionales de Salud Mental, Posadas.
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (Vol. 1). Barcelona: Paidós.

Urbano; C.; y Yuni; J. (2002) *Técnicas para investigar y formular un proyecto*. Córdoba: Argentina. Editorial Mi Facu.

Zapata, L., y Genovesi, M. (2013). Jeanne Favret-Saada: ser afectado" como medio de conocimiento en el trabajo de campo antropológico. *Avá*, (23), 00-00.

ENTREVISTAS EN TRABAJO DE CAMPO

Mónica Zapatela (2016, 18 de Octubre) *Entrevista realizada por la autora*. NEXO A.C.

Silvia Warth (2016, 03 de Noviembre) *Entrevista realizada por la autora*. Fundación Huésped.

Yanina (2016, 08 de Diciembre) *Entrevista con enfermera realizada por la autora*. Hospital J F. Muñiz.

Gonzalo (2016, 23 de Diciembre) *con enfermero realizada por la autora*. Hospital J. F. Muñiz.

Camila (2016, 23 de Diciembre) *con enfermera realizada por la autora*. Hospital J. F. Muñiz.

Sofía (2017, 13 de Enero) *Entrevista con psicóloga de Guardia realizada por la autora*. Hospital J. F. Muñiz.

Pablo (2017, 13 de Enero) *Entrevista con psiquiatra de Guardia realizada por la autora*. Hospital J. F. Muñiz.

Florencia (2016, 18 de Noviembre) *Entrevista con paciente realizada por la autora*. Hospital J. F Muñiz.

Gisela. (2016, 18 de Noviembre) *Entrevista con pacientes realizada por la autora*. Hospital J. F Muñiz.

María (2016, 18 de Noviembre) *Entrevista con paciente realizada por la autora*. Hospital J. F Muñiz.

Mauricio (2017, 02 de Diciembre) *Entrevista con paciente realizada por la autora*. Hospital J. F Muñiz.

Andrés (2017, 02 de Diciembre) *Entrevista con paciente realizada por la autora.*
Hospital J. F Muñiz.

Santiago (2017, 02 de Diciembre) *Entrevista con paciente realizada por la autora.* Hospital J. F Muñiz.

Javier. (2017, 08 de Diciembre) *Entrevista con paciente realizada por la autora.*
Hospital J. F Muñiz.

Luciana (2017, 08 de Diciembre) *Entrevista con paciente realizada por la autora.* Hospital J. F Muñiz.

Carolina (2017, 13 de Diciembre) *Entrevista a paciente.* Hospital J. F Muñiz.

ANEXO:

Fragmentos del Trabajo de Campo

CONTENIDO

Nota Sobre La Organización Del Anexo:	97
Fragmento De Entrevista N°1: Mónica Zapatela.	98
Fragmento De Entrevista N°2: Silvia Warth	98
Registro De Observación 1:	101
Fragmento De Entrevista N° 3: Paciente Florencia.....	101
Registro De Observación 2	103
Fragmento De Entrevista N° 4: Dos Pacientes, Gisela Y María.....	104
Registro De Observación 3	105
Registro De Observación 4	107
Fragmento De Entrevista N°5: Paciente Mauricio	109
Registro De Observación 5	110
Fragmento De Entrevista N° 6: Paciente Javier	111
Fragmento De Entrevista N°7: Paciente Mauricio	112
Registro De Observación 6	113
Fragmento De Entrevista N° 8: Enfermera Yanina.....	114
Registro De Observación 7	116
Registro De Observación 8	119
Fragmento De Entrevista N°9: Enfermeros Gonzalo Y Camila	120
Registro De Observación 9	122
Registro De Observación 10.....	124
Registro De Observación 11	124
Registro De Observación 12.....	125
Registro De Observación 13.....	125
Fragmento De Entrevista N° 10: Paciente Carolina	127
Registro De Observación 14.....	127
Fragmento De Entrevista N°11: Psicóloga De Guardia Sofía.	128
Registro De Observación 15.....	129
Fragmento De Entrevista N°12: Psiquiatra De Guardia Pablo	130
Registro De Observación 16.....	132
Registro De Observación 17.....	134
Registro De Observación 18.....	136
Cuadro De Profesionales Que Aparecen En El Anexo	141
Cuadro De Pacientes Que Aparecen En El Anexo.....	143

NOTA SOBRE LA ORGANIZACIÓN DEL ANEXO:

El presente Anexo es una selección de fragmentos realizada a partir de los registros del trabajo de campo realizado durante las horas de práctica intensiva. Estos fragmentos son de dos tipos, según las técnicas de recolección de datos utilizadas: entrevistas y observaciones. Las entrevistas son en total 12, de las cuales 6 se realizaron a pacientes, 4 a miembros del equipo de salud del Hospital Muñiz, y 2 a profesionales de NEXO A.C y Fundación Huésped.

Los registros de observaciones se encuentran organizados según la fecha de la práctica. Además todo el segmento se encuentra organizado cronológicamente. Los nombres y datos que pueden hacer identificables a las personas que participaron de esta investigación han sido cambiados para asegurar la confidencialidad, a excepción de Silvia Warth y Mónica Zapatela. A su vez todas las personas han brindado su consentimiento para formar parte de la presente investigación.

l) Investigación Previa a la Práctica Supervisada

Registro de actividades:

- **Institución:** NEXO A.C.
- **Fecha:** 18/10/16

Se le realizó una entrevista, semiestructurada a Mónica Zapatela, quien realiza *counseling* para personas que se atienden en este centro a un precio accesible. Además ella es la responsable de dar las devoluciones de los “test rápidos de VIH” que se realizan en ese lugar.

FRAGMENTO DE ENTREVISTA N°1: MÓNICA ZAPATELA.

-Julieta: ¿Qué crees que tiene de característico el trabajo con este tipo de pacientes?

-Mónica: -Al principio es muy movilizante trabajar con personas con este diagnóstico, pero tiene que llegar un momento en el que te enfocas en que es una persona más y desde ese momento te aseguro que hablas mucho más de cosas cotidianas de la vida en lugar de hablar sobre la enfermedad.

-Julieta: ¿Cómo es el trabajo de dar una devolución de este test?

-Mónica: Si es positivo el resultado del test me fijo en la reacción de la persona. Lo más común es que este en *shock* la persona. Si bien lo más común es que entren en *shock*, también hay quienes ya se lo esperaban por sus conductas, o también hay otros que no lo pueden creer y lloran angustiados.

Si el resultado es negativo veo allí la oportunidad de prevenir, hablar y concientizar a la persona para que no se ponga nuevamente en una situación riesgosa.

Nota: En ese momento nos interrumpieron porque estaban buscando a Mónica para dar unas devoluciones de unos test.

Me hubiese gustado preguntarle sobre los factores de vulnerabilidad social que podrían llegar a tener los consultantes.

Resonó en mí su idea de que el portador es “una persona más en el mundo”.

- **Institución:** Fundación Huésped.
- **Fecha de entrevista:** 03/11/16

Acordé una entrevista con una psicóloga de la Fundación. Amablemente la Lic. Silvia Warth me recibió en su consultorio y me permitió realizar una serie de preguntas.

FRAGMENTO DE ENTREVISTA N°2: SILVIA WARTH

-Julieta: -¿Hace cuánto trabajas en la Fundación Huésped?

-Silvia: -20 años. Con VIH un poco más. Empecé en el Hospital de San Miguel. Yo trabajaba en la oficina de Interconsulta. Los médicos vinieron a consultarme porque tenían una paciente que había ingresado recientemente y que se encontraba en estado terminal. La consulta era ver si le decían o no a la paciente sobre su condición.

Con el tiempo este tipo de trabajo se fue afianzando, se armó un equipo interdisciplinario y se capacitó al personal del Hospital para trabajar adecuadamente con estos casos.

-Julieta: -¿Cuáles son las particularidades del trabajo con este tipo de pacientes?

-Silvia: -Siempre me interesó mucho el tema de poder procesar el diagnóstico. Casi te diría que el trabajo que más hacemos es eso. Cuando hay una buena aceptación muchas cosas se facilitan, cuando no pasa así hay mucho sufrimiento, problemas en la adherencia al tratamiento. Hay un problema en poder hacer un ajuste, poder aceptar una situación nueva.

El poder procesar como se procesa algo traumático es lo que les va a permitir crecer cuando puedan ubicar esto que sucedió en el aparato psíquico. Lo importante es que no se quede fijado en este punto.

Además tiene una connotación muy diferente que el resto de las enfermedades. Hay muchos sentimientos de vergüenza, no es como cualquier otra enfermedad, está muy cargada socialmente.

-Julieta: -¿Cree que esta enfermedad está asociada a condiciones de desigualdad social?

-Silvia: -Y la verdad que en condiciones de marginalidad y pobreza hay muchas necesidades insatisfechas, la salud queda de lado. Se postergan los estudios mucho tiempo, sobre todo los hombres.

Si bien las condiciones sociales tienen un peso importante y la información también hay muchas personas que igual se infectan. Esto tiene que ver más con lo inconciente, con la negación.

Hay personas infectadas de todos los grupos sociales. Cuando uno más se siente eximido es cuando más riesgo corre.

Quizá la diferencia es que en los estratos más bajos ni piensan que aquí les puede pasar, porque muchos ni siquiera conocen esa posibilidad.

El tema socioeconómico es importante pero yo veo personas de todo el abanico, y gente muy informada también. Esos últimos son los que menos se lo perdonan.

-Julieta: -¿En esta Fundación, realizan Interconsulta?

-Silvia: -Si, estamos bastante en contacto.

Creo que siempre es importante. Entiendo que el paciente es una persona única. Si tiene problemas con la medicación si yo no hablo con el médico capaz que este no conoce sobre esta situación y por ahí presiona y está atacando al tratamiento.

A veces nos reunimos acá, o por teléfono o por *mail*. Y vamos haciendo algunas interconsultas. También hacemos interconsultas con abogados para delimitar muchas veces el límite entre lo legal y lo “psi”.

Con los abogados se trabaja en conjunto y hacemos las historias clínicas en conjunto. Esto puede pasar con personas que sienten o que sufren discriminación laboral, por ejemplo; o ante situaciones de abuso o violencia familiar.

-Julieta: -¿Hay algo más que le gustaría contarme sobre su trabajo?

-Silvia: -Lo más importante es poder hacer que la persona que viene o que tiene un diagnóstico reciente o cuando les cae la ficha, se conecte con otras personas. Esos son momentos donde se puede trabajar en el espacio de las entrevistas y también en grupos donde se pueden cómo otros lidian con lo que a uno le está costando.

La idea de elaboración es poder metabolizar la situación económicamente y colocarlo en algún lugar y que eso no obstaculice el crecer en la vida. Es importante que pueda poner en palabras el por qué le pasó y el poder implicarse con la responsabilidad; que la persona pueda preguntarse qué le pasó con el cuidado, desarmar esas trampas y empezar a hacerse cargo de “las boludeces” de uno. Hacerse cargo de que uno es “un poco boludo” es recontra difícil.

Lo más difícil es la aceptación del diagnóstico. Algunos nunca pueden y por no aceptar terminan complicándose mucho más con la enfermedad.

Aceptar es hacerse cargo y seguir su vida. Cómo se quiere vivir con eso que le pasó y no quedarse sólo con que algo le pasó.

El VIH es una situación muy intensa.

(silencio)

-Julieta: Muchas gracias por su tiempo.

-Silvia: Cuando estés terminando tu trabajo vení nuevamente. Seguramente vas a tener muchas cosas más en tu cabeza para seguir entendiendo como es este trabajo.

II) Materiales Producidos en la Práctica Supervisada

- **Institución:** Hospital de Enfermedades Infecciosas “Dr. Francisco Javier Muñiz”
- **Fecha de Práctica:** 18/11/16

REGISTRO DE OBSERVACIÓN 1:

Fecha	Extrospección	Introspección
18/11/16	Recorrido por la Guardia Médica y salas de internación de pacientes con VIH/SIDA.	
	El Dr. Laube, referente institucional, hace un recorrido por la guardia, presentándose a la gente que allí trabaja. Me recomienda dejar mi mochila en la guardia pero llevar conmigo mis pertenencias valiosas.	Me sentí un poco insegura en ese momento.
	El Dr. Laube me llevó a la sala 16, donde se encuentran internadas mujeres con SIDA que han tenido alguna complicación en su salud. La mayoría de ellas lleva mucho tiempo internadas. Las enfermeras de la sala me indicaron que me coloque el barbijo, dado que las pacientes están inmunodeprimidas, además podría ser un riesgo para mi salud.	
	El Dr. Laube ingresó a la sala y me indica esperar en la entrada. Regresó y me sugirió hablar con la última paciente del lado izquierdo (cama 7), que era una mujer trans y que iba a conversar conmigo. Además me indica que me presente como psicóloga y que entre con confianza a hablar.	Sentí alivio de que alguien estuviera en condiciones de conversar, ingresé y me encontré con la paciente.

FRAGMENTO DE ENTREVISTA N° 3: PACIENTE FLORENCIA

Se trata de una paciente trans llamada Florencia. Se encuentra vestida y acostada encima de su cama tendida.

(Presentación)

-Julieta: -Hablame de vos.

-Florencia: -Me encuentro internada hace 2 meses por una infección en los riñones. En 2 semanas me van a dar el alta. Llegué al hospital convulsionando con fiebre hace 2 meses, y yo el día anterior estaba bien. Tengo 30 años, cumplo los 31 en diciembre.

Em. ¿qué más? Trabajo como bailarina en un boliche.

Cuando salga en alta voy a pasar toda la primer semana comiendo para recuperar peso, para aumentarme más el tamaño del busto y operarme la nariz porque la primera vez que me operé me quedó mal y no puedo respirar bien.

Julieta: -Sobre tu enfermedad, qué me querés contar.

Florencia: -No se me ocurre que contarte, pero si preguntame lo que vos quieras que yo te voy a responder.

Julieta: -¿Hace cuánto sabes que sos portadora?

Florencia: -soy portadora de VIH desde los 18 años. Me enteré por los estudios prequirúrgicos que me hice antes de operarme las lolas. Me contagió mi pareja de ese momento, un hombre mayor, debe haber tenido unos 40 años y él nunca se hizo cargo de lo que pasó. Apenas me enteré el desapareció.

Nota: Dejé de escribir para poder escuchar el relato y que mi cuerpo refleje más mi atención, ya que el estar de pie y con barbijo me parecía que ponía una distancia entre ella y yo.

A partir de ese momento la paciente relata tener siempre en su mente que tenía VIH, para poder cuidar a los otros, pero como se sentía bien físicamente, ya sea por vergüenza o por temor no se hacía los estudios correspondientes y mucho menos un tratamiento.

Toma antirretrovirales de manera discontinuada desde hace 3 años, cuando empezó a enfermarse porque sus defensas bajaron. Finalmente, realiza bien la parte farmacológica del tratamiento desde hace un año. Los dos años anteriores le costó mucho combatir los efectos secundarios de la medicación, y por eso los dejaba constantemente. Se enfermó de tuberculosis, con un pulmón tomado, y tuberculosis al cerebro. De esta última manifiesta no tener síntomas cognitivos aunque continúa bajo tratamiento para esa enfermedad.

Le pregunté si en su entorno sabían de su enfermedad. Me dijo que sólo lo saben sus hermanas (que viven en Salta), y dos o tres amigas muy cercanas, porque en el ambiente que ella se mueve, cuando se sabe que alguna de las chicas son portadoras las discriminan muchos. Me cuenta además, que de todas formas se siente mucho mejor en Buenos Aires que en Salta, que a las trans las tratan mucho mejor.

Cuenta que a pesar de que no hacía los tratamientos ni consultaba después de su diagnóstico, siempre tuvo presente que debía cuidar a los otros, sobre todo a las personas que tenían intimidación con ella. Comentó que en su entorno muchas chicas que están infectadas no se cuidan o que los clientes que tienen les ofrecen el doble o el triple del dinero para tener relaciones sin preservativos, y que muchas por necesidad o por irresponsabilidad acceden de todas maneras.

Además me comenta que cuando supo nuevamente sobre el hombre que la había infectado, se enteró que sigue buscando jóvenes trans y que ha infectado a varias.

Por último le pregunté cómo era su relación con el personal del servicio. Me dijo que en general los doctores eran buenos, y el problema muchas veces eran los enfermeros porque parecía que no les gustaba el trabajo que hacían. Le molestaba el calor porque no había ni un ventilador en la sala. También comenta que se sentía un poco “bajón” porque no había espejos en los baños, ni en ningún lugar de la sala y así no sabía cómo era su apariencia. Deseaba tener algunas cosas de la peluquería y un espejo para dejarse linda y sentirse bien.

Le pregunté si había algo más que quisiera comentarme. Me dijo que a veces le dan ataques de pánico cuando sale de las internaciones, porque pasó mucho tiempo encerrada y de repente le cuesta habituarse a estar afuera nuevamente. Le pedí que me contara qué hace cuando le sucede eso y a quién acude en busca de ayuda. Me dijo que ahora simplemente se encierra varios días en su casa hasta que de a poco se le va pasando. Además pide a sus amigas que la acompañen, que la visiten. Le dije que si consideraba que no podía controlar la situación pidiera hablar con algún miembro del equipo de salud mental del Hospital. Le agradecí por su tiempo y terminó la entrevista.

REGISTRO DE OBSERVACIÓN 2

Fecha	Extrospección	Introspección
18/11/16	Nos dirigimos con el Dr. Laube a la sala 21 donde también se encuentran internadas pacientes con VIH/SIDA. Me presentó al equipo médico de la sala: “ella es Julieta, de psicología. Va a hablar con las pacientes”.	Pensé en mostrarme tranquila y en ser receptiva a pesar de la incomodidad del barbijo.
	Me dirigí a 2 pacientes que conversaban y aparentemente realizaban manualidades. Me acerqué y les pregunté si querían conversar conmigo, les dije que yo era de psicología y que estaba realizando	Sentí que dudaron, pero luego decidieron probar comunicarse conmigo.

	una investigación, que podían comentarme cualquier cosa que quisieran.	
--	--	--

FRAGMENTO DE ENTREVISTA N° 4: DOS PACIENTES, GISELA Y MARÍA

Nota: tenía mi cuaderno y mi lapicera en la mano. Lo miraban así que decidí dejarlos a un costado.

Les pregunté cuánto tiempo llevaban internadas. Gisela llevaba 1 mes internada y creía que le quedaban 2 semanas más. Estaba ahí por unos forúnculos que le salieron en la espalda y que aparentemente eran muy profundos. A su lado se encontraba María, quien había ingresado hace 3 semanas por un cuadro de neumonía. Ambas se veían bien de ánimos.

Les pedí que me cuenten qué estaban haciendo. Comentaron que forraban cajitas y cartones con unos papeles de regalo y otros para forrar que les habían traído los hijos de Gisela.

Gisela es una paciente de 42 años. Me comenta que trabaja haciendo velas y fundas para barcos, veleros, lanchas. Se separó recientemente de su pareja de los últimos diez años porque ambos consumen “pasta base”, pero mientras ella trabaja y decide hacerlo un día en el fin de semana, él consume diariamente y a ella se le hace difícil no caer en la misma situación que él. Los hijos que la visitan son en realidad hijos de su ex esposo (de una pareja anterior al de su reciente separación). No son sus hijos biológicos pero ella así los siente y ellos también.

María tiene 38 años. Trabaja como empleada doméstica en varias casas en la zona donde vive (Vicente López). No tiene hijos, dice que ella y su pareja son portadores de VIH y no saben cuál de los dos infectó al otro. Asegura que ambos han sido poco cuidadosos en sus relaciones sexuales. Hace 3 años que sabe que es portadora porque su esposo estuvo internado por un cuadro respiratorio y le realizaron los estudios a él y al avisarle sobre su diagnóstico positivo también se lo realizó ella.

Ambas afirman que sólo las personas más cercanas a ellas saben que son portadoras. Las dos creen que si supieran sus empleadores las discriminarían. Gisela me dice que: “La peor gente es la que tiene plata. Imaginate si ya me tratan mal por ser pobre. Encima de pobre, sidoso”.

Sobre su relación con el personal del equipo de salud afirman que en general no tienen problemas pero que tampoco les prestan mucha atención. Ambas están contentas de compartir charlas y manualidades entre ellas pero que ven muchas veces que tardan mucho en darles cosas que necesitan otras pacientes y que la asistente social parece que no soluciona nada para nadie. Se mantienen ocupadas con cosas que les traen los hijos de Gilda para hacer y así pasan el tiempo hasta que puedan volver a sus casas.

Les agradezco por su tiempo.

- **Institución:** Hospital de Enfermedades Infecciosas “Dr. Francisco Javier Muñiz”
- **Fecha de Práctica:** 25/11/16.

REGISTRO DE OBSERVACIÓN 3

Fecha	Extrospección	Introspección
25/11/16	<p>Inicié las actividades del día en la sala 21. Se encontraba la paciente Gisela que había entrevistado la semana anterior. Cuando me vio me dijo que había una situación en la sala y que quería saber si yo la podía ayudar.</p> <p>Una señora de 78 años, Juana estaba lista para irse de alta desde hacía 3 días. No se había ido a su casa porque sus dos hijos no podían ir a buscarla al Hospital. La mujer, que estaba en la cama 11 de la sala había desmejorado ese día, ella me decía: “es por los nervios que me siento mal de nuevo, me quiero ir a mi casa y nadie me ayuda”. Pregunté si había hablado con la Trabajadora Social, a lo cual respondieron que había quedado en pasar ese día temprano y todavía no había ido.</p> <p>Le dije que lamentaba la situación, y si tenían conocimiento seguramente buscaban la forma más segura de que llegue a su casa y alguien pueda buscarla, recibirla. De todas maneras le dije que iba a consultar sobre su situación con el Dr. Laube, para ver si había algo más que pudiéramos hacer. Además, me comentó que le habían robado un pantalón cuando se fue a bañar, también dinero de su mesa de luz, y estaba muy molesta porque nadie la escuchaba y quería irse a su casa. Nuevamente le respondí que seguramente buscaban la forma de ubicarla de una forma segura en su hogar, y que trate de no ponerse nerviosa así se iba fuerte del Hospital.</p>	<p>Mi sensación con esta paciente fue, en primer lugar tratar de que no incremente su malestar. Contemplé esta situación como fuera de mi alcance, pesando también que quizá el Dr. Laube podría decirme cómo se actúa en estas situaciones. Con ese último pensamiento puse en suspenso mis sensaciones al respecto. En cuanto a la situación del robo, recordé que ya en la Guardia me habían advertido. Esperé que mis palabras sirvieran para calmar un poco a la anciana.</p>

	<p>Asintió y me comentó avergonzada que iba al baño a lavarse porque de los nervios se había hecho pis encima un rato antes.</p>	
	<p>Posteriormente en la sala 21 observé una mujer limpiando un ventilador de pie, en un tiempo a mi parecer muy extenso. Cuando miré con atención me di cuenta que era una paciente y no personal de limpieza. Le pregunté si necesitaba ayuda con la limpieza, me dijo: “estoy nerviosa”.</p> <p>Gisela, a un par de camas de distancia le indicó hablar conmigo porque era la psicóloga, mientras yo me acercaba.</p> <p>Le pregunté sobre lo que sucedía, me comentó que estaba “muy nerviosa” porque había pedido al personal de la sala un ventilador porque hacía mucho calor en la sala y para entregarle uno le pidieron su firma y número de DNI así se hacía responsable si se rompía o lo robaban. Le dije que la ayudaba a revisar y colocar el ventilador para asegurarnos que esté en perfecto funcionamiento así se quedaba tranquila. Además, como el ventilador estaba al final de la sala, sería bueno pedir colaboración con el resto de las mujeres para vigilar el ventilador entre todas. Moví el ventilador, lo enchufé, lo probé exagerando un poco y se la notó más tranquila.</p> <p>Me comentó que estaba internada hace 7 meses. Además de tener SIDA, había tenido hepatitis y por eso tenía “hinchada la panza”. Esta paciente también es diabética. Me pareció, cuando hablaba que tal vez presentaba algún signo de deterioro cognitivo.</p> <p>Me dijo que a veces hablaba con una psicóloga de ahí porque se ponía nerviosa porque reiteradas veces le llamaron la atención por deambular en la sala, pero que se sentía bien y además hace mucho tiempo estaba en esa sala. Me dijo “nosotros también somos personas”.</p>	<p>Pensé en como una intervención a través de la acción ayudo a calmar a la paciente.</p>

- **Institución:** Hospital de Enfermedades Infecciosas “Dr. Francisco Javier Muñiz”
- **Fecha de Práctica:** 2/12/16.

REGISTRO DE OBSERVACIÓN 4

Fecha	Extrospección	Introspección
2/12/16	<p>Me dirigí a la sala 16. Encontré en la última cama a una paciente que estaba despierta. Le comenté que era de psicología, que si había algo de lo que quisiera hablar podía conversar conmigo o si quería colaborar en mi investigación también lo podía hacer. Recordó haberme visto unos días atrás conversando con Florencia (quien comprobé ya se había ido de alta) pero pensó que yo era doctora. Aclarado mi rol me dijo que necesitaba hablar conmigo por una situación familiar angustiante. Hablamos casi una hora de su familia, lloraba mucho al principio, luego se fue calmando. Era una paciente que tenía VIH hacía 20 años. No pregunté su edad (calculo que estaba cerca de los 40 años). Ella y su familia se dedicaban a trabajar recolectando cartón, pero ella tuvo que dejar porque le afectaba a su salud las horas expuestas a diversos factores climáticos.</p> <p>La escuché, hablamos sobre su familia.</p> <p>Le pregunté sobre cómo se sentía en la sala y cómo era su trato con el personal. Me dijo que algunas personas eran amables pero no tenía mucho con quien hablar. También me pidió orientación para algún que psicólogo hable con su esposo, quedé en preguntar cómo funcionaba el servicio de salud mental y dejarle anotado en un papel antes de retirarme ese día.</p> <p>Antes de las 18 hs. le llevé el papel con el número de sala de Salud Mental</p>	<p>En principio me sentí ansiosa cuando noté que iba a hablar de un problema personal. Decidí que si sentía que necesitaba otro tipo de ayuda iba a hacer lo necesario para encontrar a la persona indicada para su atención. Ese pensamiento me relajó y sentí que estando en ese lugar para escucharla la estaba conteniendo.</p> <p>Sentí que no era correcto preguntar sobre su diagnóstico y su enfermedad.</p>

	y las instrucciones para pedir un turno. Estaba más animada.	
	<p>El Dr. Laube me llevó a las salas de hombres. Se tratan de 3 salas dispuestas en 3 pisos con aproximadamente 20 camas por piso. Me presentó a los enfermeros a quienes pregunté si tenían alguna sugerencia y me dijeron que: "Son todos <i>borders</i>, son todos de los tuyos. Entra y habla tranquila".</p> <p>En la sala 17 me acerqué a los dos últimos pacientes de la sala, me presenté diciendo que era de psicología y que estaba allí si alguien necesitaba hablar de algo o si deseaban colaborar con mi investigación. El primer hombre se veía de una gran contextura física, estaba acostado, me preguntó: ¿Vos sabes sobre el sufrimiento de los cristianos?</p> <p>Le respondí si acaso me hablaba de los mártires.</p> <p>Me respondió: "sí, yo sé que me toca sufrir un montón en esta vida; por eso estoy acá".</p> <p>Entró una enfermera en ese momento y le preguntó que iba a tomar: "un café con leche con medialunas". El paciente de la otra cama se ríe y me dijo que no le preste atención a lo que me decía Santiago, "está perdido". El segundo paciente se presentó como Andrés, hablaba muy despacio por lo cual me acerqué mucho para escucharlo. Tenía 41 años. Me dijo que no recordaba el tiempo que llevaba internado, creía que 8 meses. No sabía qué día era.</p> <p>Observé que tenía puesto anteojos y le pregunté si le gustaba leer. Me respondió que todos los días pide el diario y nunca se lo traen. También me comentó sobre su hermana, quien le había llevado un pequeño televisor y se lo robaron la misma noche que llegó.</p> <p>"Acá no converso con nadie y encima me ponen al lado de este tipo que grita, está perdido, se levanta y se va".</p>	<p>Hasta este momento ha sido la situación más difícil de procesar. Fue muy fuerte el momento en el que me di cuenta que Santiago estaba atado, se movía y elevaba la voz. Mientras Andrés empezaba a hablar incoherentemente pero de manera insistente. En ese momento no pude entender lo que sucedía.</p> <p>Me despedí respetuosamente y salí a caminar por el Hospital pensando en la mirada perdida de Andrés, me daba la sensación de que hace 10 años vivía en el Hospital. También pensé en las muñecas atadas de Santiago. Pude entrar a otras salas media hora después.</p> <p>La frase que se me vino a la memoria fue la de la paciente de la sala 21 "nosotros también somos personas".</p> <p>Nota: en una reflexión posterior sobre esta situación pensé que si sucede algo similar nuevamente me gustaría preguntar al personal de la sala cómo hace para comer esa persona y por qué está así.</p>

	<p>Volví mi mirada sobre Santiago, se movía mucho, pensé que se quería acomodar para merendar porque la enfermera le había dejado su mate cocido mientras yo conversaba con Andrés. En ese momento me di cuenta que Santiago tenía las muñecas atadas con precintos y un poco de gazas a los barrotes de la cama.</p> <p>Le pregunté a Andrés si sabía por qué estaba así, me respondió que estaba castigado porque unos días antes cuando entraban las enfermeras de las 18 hs se había bajado los pantalones y caminado por el pasillo.</p> <p>En los momentos siguientes Andrés empezó a decir muchas incoherencias, me costaba mucho entenderle y mostraba señales de estar frustrado por querer comunicarse y yo no entenderlo. En ese momento asentí y fingí entenderlo. De a poco me despedí de él.</p>	
--	--	--

FRAGMENTO DE ENTREVISTA N°5: PACIENTE MAURICIO

En la sala 17, apenas ingresé encontré un paciente en aislamiento, sonriente. Su nombre es Mauricio, de 47 años. Ocupación: fletero.

-Julieta: -¿Cuánto tiempo llevas internado?

-Mauricio: -Me internaron los primeros días de Octubre. Soy diabético y por estar ocupado como un loco trabajando para darle todo a mis hijos no hice bien el tratamiento. Así perdí la visión de este ojo (izquierdo).

Después en el Hospital donde me estaba haciendo ver me pidieron todos los estudios y ahí se dieron con que tenía VIH. Me trasladaron a este Hospital y acá me estoy tratando del ojo, de la diabetes y del VIH.

-Julieta: -¿O sea, te enteraste en octubre que sos portador de VIH?

-Mauricio: -Si.

-Julieta: -¿Cómo fue ese momento?

-Mauricio: -Y un poco me sorprendió y un poco no. La verdad es que me separé hace 5 años de la mamá de mis 3 chicos y me dediqué a la joda, al trabajo y sobre todo a estar con distintas mujeres. Seguramente en esos encuentros me agarré el VIH.

-Julieta: -¿Cómo reaccionó tu familia ante esta noticia?

-Mauricio: -Y como nos hablaron y viste que ahora no es una enfermedad mortal mis hijos me hablaron para que haga bien el tratamiento y no me pase como con la diabetes. Estos días me estoy sintiendo mejor pero tengo que esperar al lunes (5 de diciembre) a que venga la oftalmóloga y me revise. Capaz que tengo suerte y me voy de alta, pero me parece que voy a estar varias semanas.

Yo lo que quiero es que esta semana que viene, el martes me dejen salir del Hospital para ir a comer un asadito con mi hijo porque está por cumplir sus 18 años. Ojalá me dejen ir con mi suero, como sea, aprovechando que uno de mis sobrinos me puede buscar.

Le pregunté si se sentía cómodo con el servicio, me dijo que extrañaba al compañero que tenía en la pieza porque ahora lo habían cambiado a aislamiento y no sabía el por qué. Me dijo que se aburría mucho y que aunque escuchaba lo que hablaban todos en esa sala, le gustaría que tuvieran una comunicación concreta entre sí los miembros de la sala.

Le desee mucha suerte con conseguir el permiso el día martes para salir y compartir su cumpleaños con su hijo.

Nota: si mi próximo día de prácticas no encuentro a este paciente voy a preguntar al personal que sucedió.

- **Institución:** Hospital de Enfermedades Infecciosas “Dr. Francisco Javier Muñiz”
- **Fecha de Práctica:** 08/12/16.

REGISTRO DE OBSERVACIÓN 5

Fecha	Extrospección	Introspección
08/12/16	<p>En la sala 17 observo que el paciente Santiago continúa atado con precintos a su cama.</p> <p>Converso superficialmente con los pacientes de la sala de enfrente a Santiago.</p> <p>Hay un enfermero con mucha energía, ingresa en las habitaciones, conversa con los pacientes, y cruza a la habitación de Santiago, escucho en ese momento por primera vez a ese paciente reír.</p> <p>Luego se acercó a un paciente que se recupera de una cirugía en la cabeza quien se encontraba muy molesto por</p>	<p>Me pareció que ese enfermero tenía una muy buena relación con los pacientes, especialmente con los que más dificultades cognitivas presentaban.</p>

	los dolores. Lo medica y conversan un poco, el paciente se tranquiliza.	
--	---	--

FRAGMENTO DE ENTREVISTA N° 6: PACIENTE JAVIER

El paciente se llama Javier, tiene 30 años. Se encuentra internado por un cuadro respiratorio.

-Julieta: ¿Hace cuánto tiempo estás internado? ¿Cuánto tiempo estimas que vas a pasar internado?

-Javier: -Estoy internado desde hace 15 días, creo que voy a tener para una semana más y ya me dan el alta. Ya me siento bien.

-Julieta: ¿Cómo es el trato con los miembros del equipo de salud?

-Javier: -Re bien, ningún problema.

-Julieta: ¿Cómo es tu relación con los médicos?

-Javier: -No hablo mucho con los médicos, siempre hablo con los Residentes. Ellos te revisan todo, te explican todo, te palpan, te mueven, te hacen respirar, te hablan de cosas que no entendés pero ellos les ponen re pilas. En cambio los médicos pasan por el pasillo preguntando “¿todo bien?” y eso es todo, como que están en otro nivel, para otra cosa.

Ahora me estoy acordando, una cosa que me molestó mucho. Mi compañero el que está acá en la cama de al lado (el paciente se había ido a bañar), le duele la garganta y está con bajo peso. Para darle el alta están esperando que recupere un poco el peso. Pero se queja de que le duele y lo único que hacen es darle ibuprofeno, y con eso no se soluciona nada. Se sigue quejando y no puede tragar por el dolor. Una vez le dieron lidocaína para comer pero le sigue doliendo. Esto pasa hace como una semana. Nos hartamos de decirle a los enfermeros y nadie le da bola o le mandan un médico que le da ibuprofeno. Así nunca se va a ir de acá este *chabón*.

-Julieta: ¿A quién acudís cuando no te sentís bien emocionalmente?

Y ahora no estuve triste ni nada, sólo tengo ganas de irme a casa. Yo antes iba a la psicóloga, pero como que siempre me hablaba de tomar bien las pastillas, de hacer bien el tratamiento y no de las cosas que a mí me importaban. Y ahora converso un poco con mi compañero, o con alguno que va pasando, pero estoy bastante bien.

-Julieta: ¿Qué pensás sobre estar internado? ¿Has tenido internaciones antes?

-Javier: -Y ahora estoy mucho más despierto, los primeros días capaz que dormía más. Ahora se me hacen un poco largos los días.

Una vez estuve internado también por un problema respiratorio. Pero pasé menos días y eso que esa vez me sentía peor que ahora. Y ahora no se por qué estoy tanto tiempo. De a ratos se pone medio aburrido.

A mí me gusta dibujar y mi mamá me trajo este cuaderno y con eso mato un poco el tiempo.

-Julieta: ¿Qué crees que podría mejorar tu comodidad durante la internación?

-Javier: -Un "tele". (risas)

A veces estamos todo el día y no tenemos con quien hablar. Si no me pongo a escuchar música con el celular. El otro día me bañe 3 veces porque ya no sabía qué hacer. Más limpio no podía estar.

Y con la comida, comemos de todo. Como de acá y lo que me traen de casa. No está tan mala la comida.

-Julieta: ¿Has hablado con algún psicólogo del Hospital?

-Javier: -No, no pasó nadie por acá. Pasó una monjita piola, te ofrece ayuda si no tenés plata.

FRAGMENTO DE ENTREVISTA N°7: PACIENTE MAURICIO

Encontré nuevamente al paciente Mauricio, quien tenía afectada su visión. Me comentó que no le dieron permiso para ir a visitar a su hijo en su cumpleaños y esa semana también había sido su acto de fin de clases en la escuela. Me dijo: "lo llevo a la escuela todos los días desde que empezó el jardín, y me perdí el día más importante". Estaba un poco decaído de ánimos. Hablamos sobre los buenos momentos en los que sí pudo estar y que este momento era para cuidar de su salud.

-Julieta: ¿Hace cuánto tiempo estás internado? ¿Cuánto tiempo estimas que vas a pasar internado?

-Mauricio: -Estoy desde el 5 de octubre. Voy a estar dos semanas más, me iría justo antes de las fiestas, y después tengo que seguir con el tratamiento ambulatorio.

Tengo unos virus a la vuelta del ojo que se reproduce, por eso es importante que haga reposo ahora.

-Julieta: ¿Cómo es el trato con los miembros del equipo de salud?

-Mauricio: -Muy bien, creo que soy de los que mejor se lleva con todos. Yo además estoy siempre pensando que ellos me están ayudando a cuidar de mi salud. Yo veo que algunos de los que están acá internados no son educados con ellos, les gritan y se llevan mal. También viene una monja y hay algunos que la sacan zumbando.

Santiago, es un viejo re loco. Tiene cansados a todos. El degenerado está esperando que entren enfermeras para salir desnudo y mostrarles el pito. Porque cuando no hay chicas él no sale, no es un viejo boludo. Y bueno, se enojaron y lo ataron.

-Julieta: -Hoy vi un enfermero que lo hacía reír mientras le daba la comida.

-Mauricio: -Si, ese muchacho tiene muy buen trato con todos. Es el único que le da de comer a Santiago, los demás ni lo miran. Las chicas de la tarde son las que le cambian la ropa. Nadie se le quiere acercar y es porque está loco. Pero bueno, yo trato de llevarme bien con todos.

-Julieta: -O sea que si no está este enfermero, Santiago capaz que no come.

-Mauricio: -Y no, nadie le quiere dar. Este sí, es piola y lo hace matar de la risa, no sé qué le dirá, pero no todos tienen esas ganas porque es un viejo degenerado.

-Julieta: ¿Cómo es tu relación con los médicos?

-Mauricio: -Bien, cuando vienen los obligo a sentarse y que me contesten todo lo que quiero saber. Viste como soy yo que me gusta mucho conversar. Aparte el doctor es de mis pagos también así que nos llevamos bien.

-Julieta: ¿A quién acudís cuando no te sentís bien emocionalmente?

-Mauricio: -Viene en la semana una psicóloga “peticita”, morocha, con ella estuve hablando de mi hijo porque estuve triste. A veces me levanto con el día mal y ya me quedo así. Pero si vino a verme un par de veces.

-Julieta: -¿Cómo fue que la contactaste?

-Mauricio: -Un enfermero piola de la tarde, Matías, una vez que conversamos me dijo que él podía pedir que venga la de guardia. Y vino.

-Julieta: ¿Qué pensás sobre estar internado? ¿Has tenido internaciones antes?

-Mauricio: -Y trato de ponerle onda, ya llevo mucho tiempo. Trato de pensar que lo hago por mi salud. Trato de no joder acá, de hacerme mis cosas yo solito. También por eso me debo llevar bien con los enfermeros, hay muchos a los que le tienen que hacer de todo y encima les contestan mal. También hay algunos que se ve que no les gusta lo que hacen, pero bueno. Yo trato de no joder a nadie.

Es la primera vez que estoy internado. En este momento, ahora que estoy separado pienso que me gustaría estar con alguien, con una pareja. Uno se siente muy sólo y la familia no puede estar viniendo todo el tiempo. Mis hijos tienen su vida y yo quiero que se preocupen por sus cosas pero me hace falta una compañera. Me escribo con una chica de Salta que era mi amor de la secundaria. Estuve con mil mujeres, pero nunca me olvidé de ella. La encontré en *Facebook*, hablando con la hermana y me dio el número. Espero que venga y quiera ser mi compañera, alguien que me acompañe para estos malos momentos también.

-Julieta: ¿Qué crees que podría mejorar tu comodidad durante la internación?

-Mauricio: -La tele (risas). Y que no se roben tanto las cosas, si no como que no estás tranquilo.

REGISTRO DE OBSERVACIÓN 6

Fecha	Extrospección	Introspección
08/12/16	Por ser un día feriado estaba muy	Me pareció riesgoso

	<p>tranquilo el Hospital. Me dirigí a la Sala 16. Ayudé a las enfermeras a mover unos tubos de oxígeno muy grandes y muy pesados.</p>	<p>mover esos equipos que pueden explotar si se caen. Debería haber alguna otra forma de hacerlo de una manera más segura.</p>
	<p>Dialogué con una paciente de 40 años, Luciana que está embarazada de 30 semanas. Fue trasladada desde Pinamar porque allí no tenía como atender a su salud. Aparentemente tiene una meningitis mal curada y sufre mucho dolor en las piernas. Se siente más contenida en este Hospital porque están buscando una medicación que no afecte a su bebé. Es su tercer embarazo, en los 3 hizo tratamiento para no contagiar verticalmente a sus hijos. Tiene dos hijos que no están infectados. La noto muy angustiada. Hablamos sobre su esposo, sobre todas las veces que estuvo internada, se curó y regresó a su casa, poniendo el foco en su fuerza y en su familia que la acompañó. Vimos fotos de su familia. Muchas de las fotos eran de ella estando internada. La llamó su hermana para avisarle que estaba en camino. Luego de ver las fotos la noté más calmada.</p>	<p>No me pareció pertinente tomarle la entrevista. Traté de centrar la conversación en los aspectos positivos.</p>

FRAGMENTO DE ENTREVISTA N° 8: ENFERMERA YANINA

Realicé una entrevista a Yanina, enfermera que trabaja los fines de semana y feriados en la Sala 16.

-Julieta: ¿Hace cuanto trabaja en este servicio?

-Yanina: -Hace 5 años.

-Julieta: ¿Cuál es su profesión y su especialidad?

-Yanina: -Soy Licenciada en Enfermería.

-Julieta: ¿Cómo crees que podría afectar a un paciente el estar internado, más allá de su salud física?

-Yanina: -En esta sala en especial, antes que nada lo que más se ve es la no aceptación de la enfermedad. Hay pacientes que se ven mal y dicen que esta vez van a cumplir el tratamiento.

Ves de todo, hay algunos que pasan mucho tiempo, otros que pasan poco tiempo, algunos fallecen.

Otro problema muchas veces es cuando si cumplen el tratamiento y se enferman igual, se ponen muy mal y no entienden por qué les pasó.

Algunos se bancan la internación, algunos se van. Nosotras (su compañera y ella que comparten turnos) tratamos de hablarlos, más cuando te cae bien un paciente.

-Julieta: -¿Y cómo es la interacción con las familias?

-Yanina: -Y lo más difícil es como cuando no hay aceptación, como la de la cama 13 que no entienden que se está muriendo, ya no puede comer y pretenden que una les ponga la comida en la boca, y no puede deglutir el paciente. Eso se hace muy difícil, uno trata de entenderlos, que hay cosas que no entienden y tratamos de explicarles, pero hay veces que te das cuenta que el problema es la no aceptación.

Otra situación difícil es que hay muchas pacientes con hijos chiquitos, y vos ves que los llaman por teléfono; a veces se preocupan mucho por lo que pasa en sus casas. Hay muchas mujeres de familia. Que estén acá los niños es un riesgo para su salud. Si están un poco mejor las mamás las dejamos salir hasta el parque de acá afuera y que compartan ahí con sus hijos.

-Julieta: ¿Cuáles son los factores que usted considera más importantes en la interacción con sus pacientes?

-Yanina: -El diálogo. Nosotras (su compañera y ella) hablamos mucho con los pacientes, o por lo menos eso tratamos. A veces te pasa que hay pacientes con los que no fluye el diálogo. Con mi compañera estamos los fines de semana y los feriados así que no compartimos el día a día y una buena forma de conocerlos es el diálogo.

Con los demás enfermeros nos conocemos, con algunos nos hablamos. Hay una compañera que viene durante la semana que por ahí nos deja alguna recomendación, o nos escribe para preguntarnos de algún paciente, y nosotras lo mismo. Igual hay muchos que no piensan lo mismo y no dialogan, ni con nosotras ni con los pacientes. Son diferentes formas.

A los médicos no los vemos nunca, a menos de que se llame a algún médico de guardia por alguna situación particular. Igual ya con el tiempo que pasó desde que empecé en el servicio ya una sabe con quienes es más fácil tratar, a qué médico le pedís que venga y viene rápido, o a quien hay que exagerarle la situación para que venga rápido, porque si no, muchas veces te tienen esperando un montón y el paciente está mal. Los psicólogos siempre vinieron rápido.

Para trabajar con los pacientes también es importante el tiempo, y muchísimas veces no nos alcanza, pero si tenemos algún momento tratamos de usarlos en hablar con los pacientes, además de la propia labor de nuestra profesión.

-Julieta: ¿Cuál cree que es el aporte de los psicólogos en la atención integral a estos pacientes?

-Yanina: -Hace un par de años que tenemos psicólogos de guardia y nos zafan de muchos casos. Por ahí cuando vienen a ver algún paciente porque los llamamos o porque ya habían arreglado, vienen y te dan algún consejo para ese paciente.

No todos piensan lo mismo en esta sala, o piensan que no va a funcionar por la falta de privacidad. Son muchas mujeres y están todas las camas enfrentadas, eso también hace que sea difícil el trabajo con los psicólogos.

Para algunos doctores también está bueno el trabajo de los psicólogos acá porque por ahí llaman porque se sienten mal, y hacen venir al doctor pero en realidad es porque está angustiado. En ese sentido ayuda mucho que venga un psicólogo acá. Vienen cuando los llamamos y responden de buena manera. Esa es la idea que nos tratan de inculcar, que podamos trabajar distintos profesionales, juntos.

- **Institución:** Hospital de Enfermedades Infecciosas “Dr. Francisco Javier Muñiz”
- **Fecha de Práctica:** 16/12/16

REGISTRO DE OBSERVACIÓN 7

Fecha	Extrospección	Introspección
16/12	Quando me encontraba ingresando a la Sala 16 me encuentro en la puerta con una mujer que dice que viene a visitar a una paciente: Viviana. Está con un niño de 3 años, me pregunta si puedo quedarme con él hasta que ella suba. El niño conversa mucho, me quedo con él. Tiempo después baja muy enojada porque no la pudo ver porque la están cambiando: -“cuando se ponen así en pelotudos no se puede, ojalá ahora que se acercan las fiestas tengan una navidad de mierda”. Ella había viajado 1:30 hs desde Moreno y su frustración, decía era por no verla.	Fueron 15 minutos que se sintieron bastante largos.
	Posteriormente ingresé a la sala donde estaban cambiando a las pacientes. Me acerqué a una paciente que estaba en aislamiento, le pregunté cómo	No esperaba encontrarme con una situación así. Me pareció comprender que el aislamiento era una

	<p>estaba. Me comentó efusivamente que muy enojada con otra paciente que estaba en la sala, que quería golpearla. Indagué en el tema a lo que fueron todas respuestas evasivas y mis preguntas sólo parecían enojarla más y elevar la voz para que la otra paciente la escuchara. De todas formas el aislamiento fue porque tenía neumonía la paciente.</p>	<p>forma de evitar o suavizar el conflicto entre los pacientes.</p>
	<p>Recorrí el salón para realizar una descripción del lugar.</p>	



Descripción física del lugar: SALA 16

La sala 16 se encuentra cruzando dos manzanas desde la entrada a la Guardia del Hospital. Para acceder a ella hay que subir unas escaleras de mármol. En el primer piso al subir las escaleras se encuentra un cartel verde que señala “**sala 16**”, luego la sala de enfermería, a la derecha una sala que aparentemente se encuentra sin pacientes, y al lado izquierdo, por un pasillo, en primer lugar se encuentra el “**laboratorio**”, que es en realidad una pequeña habitación con piletones y los restos de algunos aparatos que parecen haber sido parte de algún laboratorio hace tiempo.

En esa sala también se encuentra el fichero de historias clínicas. En las paredes se encuentran muchas imágenes religiosas, como en todo el hospital. Me llama la atención que no hay grafitis en las paredes. También me llama la atención un poster de *Batman* en medio de las imágenes de Jesús. Resaltan también algunas imágenes asociadas a lo que socialmente podría pensarse como aspectos ligados a lo femenino, en una sala “de mujeres”. En el medio de la sala hay una pequeña mesa de madera con dos sillones viejos, que están forrados con lo que parecen restos de batas de internación. Además hay una ventana grande por la cual entra mucha luz de sol por la siesta.

Luego, pasando una puerta se encuentra en ese pasillo los **baños**. Se trata de una sala espaciosa, donde hay varios lavatorios, espejos grandes. Pasando la mitad del baño se encuentra una parte de este baño que solo tiene chatas hospitalarias.

En el fondo del baño se encuentran los retretes, con puertas y las duchas con cortinas.

Aunque todo luce antiguo, el baño en general se ve muy limpio, sin escrituras. Por último, al final del pasillo se encuentra la **Sala 16**: Allí se encuentran, girando a la izquierda, dispuestas las camas enfrentadas a lo largo de la sala. A su vez, se encuentran subdivididas de dos en dos con las demás camas del costado. Las camas se encuentran numeradas desde la número 14 a la número 30.

Desde la entrada a la sala, girando a la izquierda, se encuentran dos salas de aislamiento.

La sala 16 tiene amplias ventanas del estilo de una construcción vieja, con techos altos y tela mosquitera en las ventanas. El calor de diciembre realmente se siente en esta sala en la cual nunca he visto ventiladores. Los colores de la sala son todos tonos pasteles, excepto las camas que son azules.



⁵ Pared de antiguo laboratorio, ahora sala de enfermeros de sala 16, Hospital J. F. Muñiz.



6



7

- **Institución:** Hospital de Enfermedades Infecciosas “Dr. Francisco Javier Muñiz”
- **Fecha de Práctica:** 23/12/16

REGISTRO DE OBSERVACIÓN 8

Fecha	Extrospección	Introspección
23/12	Recorrido por la Sala 16, las pacientes se encuentran en su mayoría con visitas, y las que no tienen visitas se encuentran	Sentí que no tenía espacio en la sala ese día.

⁶ Fichero de Historias Clínicas de sala 16, Hospital J. F. Muñiz.

⁷ Gaveta de la sala de enfermería, sala 16.

	durmiendo. Decido acercarme a la sala enfermeros para poder entrevistarlos.	
--	--	--

FRAGMENTO DE ENTREVISTA N°9: ENFERMEROS GONZALO Y CAMILA.

De nombre Gonzalo, trabaja en la sala 16.

-Entrevistadora: ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en la Sala 16?

-Entrevistado: Hace 20 años que estoy trabajando en esta sala.

-Entrevistadora: ¿Querés comentarme un poco cómo es tu trabajo acá?

-Entrevistado: Me gusta esta sala, y este tipo de pacientes. Acá son más demandantes y hay mucho más trabajo que en otras salas. Me acuerdo que me costó adaptarme los primeros tiempos porque yo antes trabajaba en lo privado.

Acá todas las pacientes tienen VIH, muchas de ellas viven en situación de calle, y muchas quedan acá porque están abandonadas.

-Entrevistadora: ¿Con qué frecuencia ocurre eso? ¿Ahora mismo hay alguna paciente en esa situación?

-Entrevistado: Hemos tenido pacientes hasta por 2 años abandonadas, y por esas situaciones dependen sobre todo del cuidado de los enfermeros: para darle baños, medicación, la que no puede comer hay que darle de comer, entonces es mucho trabajo para nosotros pero a mí este es el trabajo que me gusta.

Ahora mismo no hay ninguna paciente en abandono total, pero hay una paciente, la de la **cama 21** que cada vez la vienen a ver menos, y está muy grave.

-Entrevistadora: ¿En tus años trabajando en este servicio, recordás algún caso que te haya impactado en particular?

-Entrevistado: Recuerdo una paciente que no sabía que era VIH y la había contagiado el esposo. Me llamó mucho la atención porque era una “mujer bien”, era una abogada. Si bien esta enfermedad le puede pasar a cualquiera uno no está muy acostumbrado a ver casos como ella.

En total estuvo internada 6 meses acá, tenía 30 y pico de años y era una mujer súper sana antes de infectarse. Falleció acá en la sala. La madre y la hermana se quedaban todo el día a cuidarla.

A veces pienso que la trajeron muy tarde acá a la sala, pero es que ella como que no podía aceptar la realidad desde que se enteró que tenía VIH. Se había internado en un privado por Tuberculosis, y ahí descubren que tenía VIH, y la mandan acá. Esas historias te impactan mucho, más que estuvo mucho tiempo también con nosotros.

-Entrevistadora: ¿Qué crees que tiene de particular el trabajo en esta sala?

-Entrevistado: tiene muchas cosas en particular, como te decía el tipo de población que tenemos. Yo soy el que lleva más tiempo en esta sala. Eso pasa

mucho acá también, que los enfermeros no duran mucho porque es algo que psicológicamente los afecta mucho.

A mis compañeras de turno yo las veo que muchas veces se ponen mal, porque se preocupan mucho por las pacientes, o van y las conversan, y yo también las converso, pero aprendí a dejar la conversación ahí. En cambio ellas vuelven y te cuentan enojadas que tal paciente hizo esto, que tal paciente se quiere ir, y se ponen mal.

Yo las hablo para que no se pongan mal, pero la verdad es que al tiempo piden el cambio de servicio.

Nota: en ese momento ingresa una enfermera a la sala de enfermería, Gonzalo nos presenta y le pregunto si quiere contarme cómo es ser enfermera en este servicio.

- De nombre Camila, es enfermera de la sala 16.

-Entrevistada: Yo hace 3 años que estoy trabajando en esta sala. Acá vienen muchas pacientes con situaciones sociales de mucha necesidad.

Creo que uno de los principales problemas de nuestro trabajo es el hablar con las familias. Muchas veces te pasa que te das cuenta que la familia no está aceptando lo que pasa con un paciente, o no entienden o no quieren entender.

Nosotros sobre todo cuando vemos que ya el paciente viene mal tratamos de ir avisándole a la familia, para que se hagan la idea y se puedan despedir los que quieran.

Otros problemas tienen que ver con que vienen y les traen los problemas de la casa acá y yo las veo que se preocupan o se angustian mucho, y yo trato de contenerlas y decirles a las familias que no traigan los problemas acá porque no les hacen bien, pero no te dan bolilla.

-Entrevistadora: ¿vienen psicólogos cuando ocurre alguna de estas situaciones?

-Entrevistada: nosotros llamamos a los psicólogos de la Guardia cuando pasan estas situaciones. Pero muchas veces te das cuenta que no puedes hacer nada y tener que ver cómo se van los pacientes, sabiendo que van a volver mal o capaz que no vuelvan y que necesitan estar internados.

Ahora como se vienen las fiestas, ya vas a ver que a la tarde-noche se van a empezar a ir en alta voluntaria.

-Gonzalo: Vos date cuenta que hay muchas de estas pacientes que ya saben que están muy mal, entonces entre quedarse acá internadas o pasar las fiestas en sus casas, prefieren irse a pasar con sus familias porque no saben cuánto tiempo les queda, o cuánto tiempo lo van a seguir haciendo.

-Entrevistada: y otras que se van porque ya están hartas de estar internadas pero que sabes que van a tomar y comer de todo y van a volver todas mal el lunes.

Nota: nos interrumpen por la hora de la merienda.

REGISTRO DE OBSERVACIÓN 9

Fecha	Extrospección	Introspección
23/12	<p>Me dirigí a la sala 17. En esta sala había pocos pacientes en comparación con las otras veces.</p> <p>Encontré a Mauricio que estaba contento porque se iba a pasar Navidad en su casa más tarde porque le dio permiso su médico para ir 2 días y luego volver.</p> <p>Pregunté a los enfermeros si eran altas voluntarias, advertida por los enfermeros de la Sala 16, y me comentaron que sí, que siempre pasa, pero que ya la semana que viene iba a estar llena la sala de nuevo.</p>	<p>Me impactó el estado de ánimo en general de los pacientes que quedaron en la sala, excepto el de Mauricio, a mi parecer porque él sí tenía permiso del médico.</p>

- **Institución:** Hospital de Enfermedades Infecciosas “Dr. Francisco Javier Muñiz”
- **Fecha de Práctica:** 30/12/16

Descripción física del lugar: SALA 17

La sala 17 se encuentra frente a la sala 16, cruzando una plazoleta que hay en medio de ambos pabellones. Para acceder a ella hay que subir una rampa. En la entrada se encuentra un guardia de seguridad, a continuación un pasillo que se abre hacia la sala 17 y unas escaleras que suben a las salas 18 y 19. Ingresando a la sala 17 se encuentra la sala de enfermería, y luego un largo pasillo sobre el cual se distribuyen las habitaciones, la mayoría con 2 camas cada una, sin puertas y con paredes de *durlock*. Observando hacia arriba se puede distinguir que las habitaciones no tienen techo, estas llegan hasta cierta altura y luego quedan unas estructuras de metal, como si en algún momento hubiera existido el proyecto de techar cada habitación. Esta sala tiene en total 20 camas. Las camas 8, 9, 10, 11 y 12 se encuentran cruzando una puerta, porque están en aislamiento.

Al lado de enfermería se abre un pasillo que va hacia las heladeras donde los pacientes pueden almacenar cosas que según los mismos pacientes entre ellos se roban, y los baños.

En la sala prima el color azul oscuro. Es una sala con poca iluminación, una sala mucho más silenciosa que la sala 16. En general los pacientes de esta sala son un poco más reservados. Al acercarme se tapan con sus sábanas y tengo que conversarlos un rato para que me miren directamente a los ojos.

En la entrada, al lado del guardia de seguridad se encuentra un pequeño salón donde se hallan el fichero de historias clínicas. También hay una mesa grande y un pizarrón con el recorrido de todas las profesiones de los equipos de la sala (excepto de psicología)

Fecha	Extrospección	Introspección
30/12	<p>Recorrí las salas 16 y 17 y me encontré un panorama similar al del día 23: es decir, menos pacientes que lo usual en las salas. Pregunté a los enfermeros de ambas salas cómo había sido la semana y me dijeron que tal como esperaban: el domingo y el lunes volvieron la mayoría de los ingresos, muchos problemas digestivos y cuadros febriles. Nuevamente ese día varios pacientes se retiraban con alta voluntaria. Había personas cuyos hijos, parejas, amigos los esperaban afuera. Adentro de las salas quedan los pacientes que están más graves, los que ven muy poco a sus familias y los</p>	<p>Pensamientos sobre lo movilizantes que pueden ser las fiestas para estos pacientes, tal vez muchos de ellos motivados por la idea de: “no sé cuántas más podré compartir con mi familia”</p>

	que tienen su motricidad seriamente comprometida.	
--	---	--

REGISTRO DE OBSERVACIÓN 10

- **Institución:** Hospital de Enfermedades Infecciosas “Dr. Francisco Javier Muñiz”
- **Fecha de Práctica:** 06/01/2017

REGISTRO DE OBSERVACIÓN 11

Fecha	Extrospección	Introspección
06/01	REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS: Obtuve permiso para poder ver las historias clínicas de los pacientes de la Sala 17.	Pienso que “contenido en la cama” es más fácil de leer que “atado con precintos a la cama”.

Sala 17	HISTORIAS CLÍNICAS
	<p>Las historias clínicas se encuentran colocadas en un mueble, en orden según el número de cama, es un mueble angosto de madera que tiene escrito a mano el número de cama de paciente.</p> <p>En general las historias clínicas poseen cada una: carátula, informe de Guardia o del servicio por el cual ingresó esa persona, y los resultados de estudios: bioquímicos, del infectólogo, ficha psicosocial, informes de enfermería, interconsultas, estudios complejos, etc.</p> <p>Tomé la historia clínica del paciente de cama 13, Santiago, quien ha sido llamado por su compañero de sala como “el viejo degenerado” de quien informa el médico infectólogo, se trata de un “paciente con VIH avanzado”, con “deterioro cognitivo agudo”, “ex adicto a la drogas endovenosas” .</p> <p>La ficha completada con un médico clínico dice que además consumió tabaco, marihuana y cocaína. Tuvo hepatitis.</p> <p>Existe un apartado específico con el nombre: sexualidad. Se describe que el paciente tiene SIDA y Sífilis.</p> <p>Fue diagnosticado VIH positivo en el año 2006. Es traído a la Guardia por su familia por deterior cognitivo y de la marcha.</p> <p>El informe psiquiátrico describe: “SNC estuporoso: leve estado confuso en referencia a su orientación temporal, espacial y personal”. El informe se realiza debido al pedido de interconsulta</p>

	<p>dado que el paciente presenta un estado de conducta de excitación y agresividad. Se solicita evaluar y medicar.</p> <p>De este pedido de interconsulta aparece: “se realiza contención física relativa para mantener el acceso venoso”. Está medicado con Lorazepam: 2,5 mg cada 8 hs y Haloperidol.</p> <p>A lo largo de la historia aparece “contenido en la cama por su seguridad”.</p> <p>No se le pudo realizar TMC o RMN por falta de camilleros para trasladar al paciente hasta el Hospital Fernández.</p> <p>Nota: resulta llamativo que en la Sala 17 existan 15 historias clínicas y en ningún encuentro haya hallado la ficha psicosocial completa.</p>
--	---

REGISTRO DE OBSERVACIÓN 12

Fecha	Extrospección	Introspección
06/01	<p>Unos días después de año nuevo, los pacientes volvieron en su mayoría el lunes o el domingo, con muchos problemas gástricos, como habían anticipado los enfermeros. Un menos porcentaje no han regresado desde las fiestas de fin de año, sospechan que nuevamente abandonó el tratamiento.</p>	<p>La adherencia al tratamiento es una cuestión recurrente en la internación. Muchos de los pacientes que se encuentran internados se encuentran en un estado de salud agravado por el incumplimiento de un tratamiento.</p>

- **Institución:** Hospital de Enfermedades Infecciosas “Dr. Francisco Javier Muñiz”
- **Fecha de Práctica:** 13/01/17

REGISTRO DE OBSERVACIÓN 13

Fecha	Extrospección	Introspección
13/01	<p>REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS: Obtuve permiso para poder ver las historias clínicas de los pacientes de la Sala 16.</p>	<p>Me llama la atención la poca participación de Salud Mental en las historias clínicas.</p>

Sala 16	HISTORIAS CLÍNICAS
	<p>Las historias clínicas se encuentran almacenadas en la sala de enfermeros que era un laboratorio anteriormente.</p> <p>Es un mueble similar al de la Sala 17, de madera, tiene los números de las camas manuscritos donde se deposita cada historia.</p> <p>Las historias clínicas están organizadas según diferentes áreas de atención, aproximadamente se dividen en: informe de Guardia, médicos infectólogos, enfermería, estudios bioquímicos, informe psicosocial, otras pruebas y estudios.</p> <p>Me detuve particularmente en la historia de una paciente que ya han mencionada varias veces los enfermeros y con la que nunca pude hablar porque en mis visitas ha estado con visita familiar. Es la paciente de la cama 20, fue diagnosticada VIH positivo hace 6 años. Tiene SIDA avanzado, toxoplasmosis, hemiplejia y dificultad para tragar. Su familia pide no pasar a UTI, no hacer maniobras invasivas. “Tiene pronóstico ominoso a corto plazo”(sic).</p> <p>Los enfermeros de esta paciente comentan que la familia presenta negación sobre lo ominoso del estado de la paciente a corto plazo. Esta situación no se ve reflejada en la historia clínica.</p> <p>La paciente de la cama 15 es la primer paciente que veo que tiene completa su “historia socio-psico-epidemiológica”, sobre su dinámica familiar, la historia dice que tiene 7 hijos, 2 de los cuales se encuentran detenidos. Ella también tiene antecedentes penales por robo. Su diagnóstico de VIH positivo es relativamente reciente (1 año). Hace 4 meses abandonó el tratamiento con ARV. Actualmente se encuentra atravesando una neumonía. Este informe está realizado por una trabajadora social.</p> <p>Paciente cama 23 en su historia psicosocial, realizada por la misma trabajadora social se informa que la paciente se encuentra con tratamiento nulo y no se realiza los controles por decisión propia. No encuentro pedido de interconsulta con psicología, ni indicación de más entrevistas con la trabajadora social.</p> <p>Otra historia que llamó mi atención fue la de la paciente 24, se encuentra medicada con Lorazepam, pero no figura control ni interconsulta con psiquiatría ni psicología. Lleva internada 2 meses.</p>

FRAGMENTO DE ENTREVISTA N° 10: PACIENTE CAROLINA

En la cama 11 me encontré con una paciente que fue diagnosticada hace 5 años. Tiene 30 años, su nombre es Carolina. Es de zona sur de Buenos Aires. Está internada hace 1 semana por neumonía.

-Entrevistadora: ¿cómo llegaste acá?

-Entrevistada: Cuando empecé con esta enfermedad de la neumonía me llevaron al Hospital de Lanús, y de ahí me hicieron la derivación.

Hace 5 años me diagnosticaron y ahí empecé el tratamiento, pero igual ya un par de veces me voy enfermado.

-Entrevistadora: ¿sos constante con el tratamiento?

-Entrevistada: ...y al principio lo dejé un par de veces, me hacía mal a la panza, pero después me enfermé y ahora hace 2 años que vengo sin dejar de tomar las pastillas.

-Entrevistadora: ¿estuviste internada antes?

-Entrevistada: Si, estuve acá también hace como 2 años, tenía un virus en los intestinos, estuve como 1 mes.

-Entrevistadora: ¿cómo es estar internada tanto tiempo?

-Entrevistada: ...y es una mierda. Bah, por un lado es una mierda porque te querés ir a tu casa, y por el otro te sentís tan mal que no vas a poder estar ahí. A mí me visita mi novio y me da fuerzas. Pero nos vemos muy poco acá por los horarios y me pone medio triste eso a veces. Me está llamando por teléfono. La saludé y me retiré para que converse tranquila.

- **Institución:** Hospital de Enfermedades Infecciosas “Dr. Francisco Javier Muñiz”
- **Fecha de Práctica:** 20/01/17

REGISTRO DE OBSERVACIÓN 14

Fecha	Extrospección	Introspección
20/01	Este día en particular no tuve muchas actividades para realizar por lo que insistí en quedarme en el servicio de Guardia y buscar a la psicóloga de la Guardia. Finalmente este día pude entrevistarla.	

FRAGMENTO DE ENTREVISTA N°11: PSICÓLOGA DE GUARDIA SOFÍA.

-Entrevistadora: Contame un poco cómo es tu trabajo en la Guardia.

-Entrevistada: Bueno, en primer lugar cuando llego, la psicóloga de Guardia del día anterior me deja anotado cuáles son los posibles pacientes que puede haber para que pase a verlos.

También puede suceder que llamen de algún servicio aquí a la Guardia, por lo general puede ser por algún paciente con angustia o con crisis de pánico. A las salas estoy yendo en el turno tarde que es cuando no están los psicólogos de planta.

-Entrevistadora: ¿En algún otro servicio aparte de Salud Mental hay psicólogos de planta?

-Entrevistada: En todos los servicios hay psicólogos de planta... Te veo sorprendida.

-Entrevistadora: Es que llevo un tiempo entrevistando gente en salas, pacientes y profesionales, y ni siquiera me han nombrado a esas personas.

(silencio) ¿Por lo general cuáles son los motivos de interconsulta más frecuente?

-Entrevistada: y puede ser por un paciente que se porta mal, o sea está agresivo o no quiere tomar la medicación. En esos casos es realmente muy difícil el poder ayudar, pero de todas maneras los médicos o enfermeros que nos llaman se ven desbordados y por eso llaman.

También hacemos contención al paciente, a su familia. Vemos personas muy angustiadas. Las familias muchas veces vienen con una tremenda culpa, por desear que la situación se termine cuando el paciente está enfermo.

Cuando los infectólogos ven situaciones de riesgo y familias con mucha negación, nos llaman también para que podamos ayudar con esta cuestión del duelo.

Muchas veces nuestra intervención se trata de poner el cuerpo, abrazar, contener al paciente o la familia. Por ahí te pasa que hay pacientes que están con problemas en la piel y no los puedes tocar, pero tratas de sostener con la mirada, con gestos, es el psicoanálisis planteado fuera de la clínica pero que ayuda también a las personas que atraviesan estas situaciones.

También ocurren que hay pacientes que se prestan más para hablar. El otro día una paciente me llamó y salimos al patio a hablar, estuvimos 2 horas. Ella necesitaba hablar, necesitaba esa descarga.

Ocurre también que hay pacientes que están hace mucho tiempo internados y eso genera mucha angustia, mucha ansiedad, por las pruebas que les van a hacer, porque extraña el lugar de dónde son, o también tenés situaciones donde el paciente no tiene a donde volver y eso también lo moviliza, además de este enfrentamiento con la cuestión de la muerte.

-Entrevistadora: ¿Cómo llegaste a estar en la Guardia?

-Entrevistada: Desde 2015 que hay psicólogos en la Guardia, yo estoy desde el principio cubriendo la Guardia una vez por semana. Entro a las 8 de la mañana y me voy a las 8 del otro día.

Lo particular que tiene la Guardia es que no tenés seguimiento del paciente. Entonces tenés ese momento para ver qué podés hacer para ayudar a una persona, por más pequeño que sea.

-Entrevistadora: ¿Recordás algún caso que te haya llamado la atención por algo en particular?

-Entrevistada: Personalmente creo que lo más complicado son los pacientes y el consumo. También lo que impacta son las situaciones de vulnerabilidad social. Sabés que hay pacientes que no tienen familia o un lugar al cual volver, o viven situaciones de mucha violencia, de mucha necesidad.

Lo que me planteo en esas situaciones es que uno no puede hacer algo desde lo psicológico, sino que responde a otro tipo de necesidad, más básicas. Lo mejor que podés hacer es tratar de contener a esa persona.

Por ahí con las mujeres es más gratificante hablar, las que están en dermatología, me llaman seguido las enfermeras, son pacientes con las que se puede conversar.

Me acuerdo en particular de una paciente que vino a acompañar al esposo que lo internaron y se enteró acá que tenían VIH, mientras él estaba internado a ella la internaron en la sala 16. El murió mientras ella estaba internada. La paciente estaba en situación de calle. Ahora estoy recordando que también tenía un embarazo muy complicado.

Nota: Se cortó la luz.

-Entrevistadora: ¿qué sabes sobre los robos que ocurren acá?

-Entrevistada: ah, sí. Muchas veces se roban entre los pacientes. Pero ha ocurrido que también le roben al personal del Hospital. Me acuerdo que al kinesiólogo, le preguntaba cómo salir del lugar un hombre que se estaba llevando su propio maletín...

Nota: Llegaron otras personas del equipo de guardia para merendar.

Le pregunté si podría acompañarla en la Guardia algún día, aceptó.

- **Institución:** Hospital de Enfermedades Infecciosas “Dr. Francisco Javier Muñiz”
- **Fecha de Práctica:** 02/02/17

REGISTRO DE OBSERVACIÓN 15

Fecha	Extrospección	Introspección
02/02	Me dirigí a la Sala 16. Vi a la paciente de la cama 21, con visita familiar. Está	Me quedé pensando si debería haberme

	<p>hemipléjica. Hay dos personas, una mujer y un hombre. Tienen cara de preocupados, conversan en voz baja.</p>	<p>acercado a hablar con ellos. Ya me han hablado sobre esta familia.</p>
	<p>Me acerqué a una paciente en la cama 11, es una paciente trans. Se llama Liliana, tiene 36 años. Llama la atención por lo voluptuosa de su figura y por las quejas constantes sobre cuanto gotea el suero. Intenta apretar la vía para que salga más rápido. Le aconsejo llamar a una enfermera, me responde que ella conoce su cuerpo y que si no ingresa mucha medicación no va a responder. Le digo que deje que una enfermera la ayude. Sigue apretando el suero. Una persona de limpieza la ve y llama al enfermero. Hay una discusión, la mujer está enojada, dolorida, el enfermero se encuentra controlado pero firme en que no debe apretar así la sonda. Ella dice que cuando se vaya va a hacer lo quiera. El enfermero se retira. La veo muy enojada como para hablar con ella.</p>	<p>Esta situación fue muy tensa. Temí por la seguridad de la mujer. Me pareció que en su estado emocional acercarme más iba a ser inoportuno.</p>
	<p>Me dirigí a la sala de estar de la Guardia, me presentaron al psiquiatra que realiza las guardias los viernes.</p>	<p>En principio me pareció que no tenía muchas ganas de hablar conmigo, después lo encontré compenetrado con la conversación.</p>

FRAGMENTO DE ENTREVISTA N°12: PSIQUIATRA DE GUARDIA PABLO

-Entrevistadora: ¿Cómo llegaste a trabajar acá?

-Entrevistado: Empecé en el año '91. Yo soy psiquiatra del Borda. Acá en el Muñiz estaba complicada la cuestión porque al encontrarse cerca la cárcel de Caseros, los presidiarios y sus familias venían al Hospital. Hubo bastantes situaciones violentas, más que en esos años empezaron a ingresar muchas personas, entre ellos los presos con HIV. Incluso hubo una noticia de que le habían disparado a un doctor.

A partir de esa situación los gremios médicos y no médicos deciden hacer un pedido: psiquiatras del Borda. (risas)

Es que los médicos no querían saber nada de esos pacientes, salían a hacer las rondas a la noche con palos, mangueras, cadenas. Eran pacientes delincuenciales y sus familias también.

Sabían que en Borda, más en el servicio de Guardia, estábamos acostumbrados a trabajar con pacientes con cuadros de excitación psicomotriz, por eso nos querían acá para que ayudemos con esas cuestiones. Había una población marginal y situaciones carcelarias. Antes de nosotros ya estaban los psicólogos de planta pero no daban abasto, no sabían qué hacer.

Recuerdo que después salieron denuncias por pacientes encadenados en el Diario Clarín. Lo que no decían es que eso era porque eran los que estaban presos. Hubo agresiones, tiroteos, de todo. Te puedo asegurar que en mis 26 años en el Muñiz, nunca vi un síndrome de abstinencia, acá no saben qué es eso, siempre están falopeados. También se fugaban de la cárcel y se metían acá.

-Entrevistadora: ¿y actualmente cómo es tu labor? ¿sentís que se fue transformando?

-Entrevistado: ...y hoy en día te siguen llamando cuando los pacientes están agresivos, con cuadros de excitación psicomotriz, o bajo el efecto de estupefacientes.

Por ahí es un poco más complejo cuando tenés que separar lo que tiene que ver con la estructura de la persona, de los cuadros que pueden ocasionar las distintas enfermedades.

-Entrevistadora: ¿en el caso de VIH cuando el virus afecta el cerebro, el cuadro que puede producirse es similar a una demencia, puede además producir otras cuestiones?

-Entrevistado: La encefalopatía producida por VIH tiene síntomas similares al Alzheimer. Pero además, existe la posibilidad de que exista una formación tumoral en cualquier lugar del cerebro y por ende el cuadro adquiera otras características. También la toxoplasmosis produce lesiones cerebrales, en fin, la cuestión es ir y hacer el diagnóstico diferencial, de si el paciente presenta un cuadro confusional o una sintomatología similar a la demencia.

Lo que ocurre muchas veces es que uno identifica el cuadro confusional, donde el paciente vive cualquier estímulo del exterior como una agresión a su persona, y sabes que lo mejor para esa persona es no medicar en ese momento, buscarle un lugar acogedor y cómodo hasta que se calme de ese estado. Pero la realidad con la que te encontras es otra, y las posibilidades de brindarle un entorno como se debe son nulas. Entonces ahí se lo medica, muchas veces se lo contiene, y un montón de situaciones de ese estilo suceden.

-Entrevistadora: conocí un paciente en la sala 17 que está atado con precintos a su cama... cuando pregunté qué sucedía, me dijeron que es porque a las 6 de la tarde caminaba por el pasillo bajándose los pantalones...

-Entrevistado: Es que a ese horario, la actividad de los neurotransmisores aumenta, es normal que le suceda eso, aunque sigue dentro de un cuadro confusional. Si sé de qué paciente hablas.

-Entrevistadora: Santiago.

-Entrevistado: si, parece que lo de él no es toxoplasmosis, eso estaba escuchando el otro día, no es ese tipo de lesión cerebral.

Nota: Llegaron las tostadas para merendar. Terminamos la entrevista.

- **Institución:** Hospital de Enfermedades Infecciosas “Dr. Francisco Javier Muñiz”
- **Fecha de Práctica:** 10/02/17

REGISTRO DE OBSERVACIÓN 16

Fecha	Extrospección	Introspección
10/02	<p>Acompañé a la psicóloga de Guardia a realizar su ronda.</p> <p>Primero fuimos a la sala de dermatología, a ver a una paciente que estaba muy angustiada. La psicóloga del la guardia del día anterior había dejado anotado que era importante pasar a ver a esa paciente. Mientras nos dirigíamos hacia allí, en la misma sala nos encontramos con Ana Mabel, una paciente con diagnóstico de esquizofrenia. Se encuentra realizando un tratamiento para su piel y es importante que durante ese lapso de tiempo no quede embarazada. Como escuchó tanto de embarazos y pruebas que le hicieron, se le generó la idea de que ella está embarazada. La psicóloga me relató que siempre va a repetirle que no está embarazada. Conversamos con ella, es paraguaya. Estuvimos 15 min con ella y como continuaba presentando su nombre, continuamos.</p> <p>En la Cama 12 de esa sala se encontraba una señora mayor, con unas yagas en las piernas que se le infectaron. Está muy dolorida. Afirma que tiene crisis de pánico. La psicóloga le enseña técnicas de respiración, hablamos sobre la</p>	<p>Preste mucha atención a lo que hacía la psicóloga. Sus señalamientos apuntaban hacia los duelos no resueltos de la paciente, también le agregaba algo de psicoeducación para hablar abiertamente de cómo manejarse con las enfermedades que tiene.</p>

	<p>intervención quirúrgica y los derechos que ella tiene, a fin de mermar y contener la angustia que la paciente pudiera sentir.</p>	
	<p>Visita sala 16: con la psicóloga de la guardia acudimos a la Sala 16, habían llamado por una paciente que estaba angustiada por una intervención quirúrgica en el pulmón. Refiere haber intentado el procedimiento la semana pasada pero que no había funcionado y había regresado muy dolorida.</p> <p>La paciente se llama Daniela, hace 10 años que sabe que es VIH positivo. Lleva 3 semanas internadas, es la segunda vez que permanece tanto tiempo internada. Está muy nerviosa por la intervención que le van a realizar en el pulmón.</p> <p>La psicóloga le aclara que está en derecho de preguntar todo lo que considere necesario a los médicos para quedarse tranquila con la intervención.</p> <p>Un poco más calmada, nos comenta que hace 10 años sabe que tiene VIH, tiene un hijo de 10 años que no es portador del virus. Comenta que lo extraña mucho. Dice que el chico es muy "mamero", que se mete dentro de su vestido. Además comenta que el niño tiene una enfermedad cutánea y asma. Ella misma se encarga de encremar al niño cada vez que sale de bañarse, nos comenta.</p> <p>La psicóloga la invita a reflexionar sobre espacios privados y lo que corresponde a cada persona. Parece no haber escuchado esa parte de la charla.</p>	
	<p>Volviendo a la sala de Guardia, nos enteramos en un paciente de la sala 17 se escapó y lo encontraron tirado en el mercado central. Aparentemente no llegó más lejos por su estado de salud.</p> <p>Cuando consulto quién era el paciente:</p>	<p>Me interesa saber más sobre lo que sucedió con Santiago. Sé que lo trajo de vuelta una ambulancia, pero nada más.</p> <p>Voy a consultar la</p>

	me responden que Santiago. Al parecer en el cambio de turno de las 18 hs golpeó a una enfermera, luego se fugó y lo encontraron.	próxima vez.
--	--	--------------

- **Institución: Hospital Francisco Muñiz**
- **Fecha de práctica: 24/02/2017**

REGISTRO DE OBSERVACIÓN 17

Fecha	Extrospección	Introspección
24/02/2017	<p>Me dirigí a la Guardia con la psicóloga de turno. Era un día muy caluroso, no había demanda hasta el momento desde ninguna sala.</p> <p>Estuvimos conversando sobre las dificultades que tiene definir el rol del psicólogo en ese contexto, sobre cuáles deberían ser las incumbencias de los psicólogos de planta y cuáles las del psicólogo de Guardia. Para la psicóloga, los psicólogos de planta deberían realizar un seguimiento continuo de los pacientes que se encuentran en cada servicio, realizar informes, llevar un registro sobre cada paciente. También será tarea de estos psicólogos realizar pedidos de interconsulta con otras áreas y llevar adelante tratamientos.</p> <p>Para ella, la tarea del psicólogo de Guardia pasa más por la acción en el momento en que es solicitada su presencia. Esto puede ser por una situación que surja con algún paciente en particular, en el momento en que no se encuentre el psicólogo de planta si se trata de algún paciente internado en alguna sala; o bien la interconsulta puede estar motivada desde la misma Guardia con algún paciente que ingresa y el personal que lo recibe considera que necesita de nuestro servicio.</p>	

	<p>Realizamos una visita al servicio de Asistencia Social, para conocer cómo trabajan los asistentes de Guardia. Ellos completan la ficha de Asistencia social con los datos relacionados a esa área con absolutamente todos los pacientes que ingresan a internación. La Asistente de Guardia se encarga de completar esos formularios con todos los pacientes que las asistentes en turno regular no lleguen a cubrir, además de atender ante llamadas espontáneas desde las distintas salas que requieran de su servicio.</p>	<p>Pienso en que el servicio de Psicología podría funcionar de la misma manera. Sigo sin comprender como los pacientes desconocen la labor de los psicólogos de planta.</p>
	<p>LLAMADO DE GUARDIA</p> <p>Posteriormente recibimos un llamado del servicio de Guardia por una paciente que estaba haciendo profilaxis y estaba muy angustiada, según las doctoras, por la idea de tener VIH/SIDA.</p> <p>Fuimos al encuentro de la paciente, cuando le dijimos que íbamos a buscar un lugar más privado para hablar comenzó a llorar.</p> <p>Encontramos lugar en el servicio de Dermatología.</p> <p>La paciente Claudia, tiene 41 años, es de CABA. Relata que hace 1 mes tuvo relaciones sexuales con un inmigrante africano que conoció en un boliche y por eso estaba realizando profilaxis en el hospital. El motivo de su consulta a la Guardia era por una erupción que tenía en la pierna y que pensaba podía ser un síntoma de VIH, a pesar de que días antes se había realizado un testeo que tuvo un resultado negativo.</p> <p>La paciente se presenta con un estado de mucha ansiedad, con ideas persecutorias, se la nota con mucha culpa y angustiada. Su relato llega a ser un poco bizarro por la cantidad de detalles sobre los encuentros sexuales con esta persona.</p> <p>Se trata de calmar un poco la ansiedad de esta persona, se le recomienda pedir por 2 sesiones semanales en lugar de 1 con su terapeuta.</p>	<p>Esta paciente en particular me impactó por el desborde emocional que presentaba. Si bien era una situación preocupante, la paciente había tomado los recaudos necesarios, su reacción se observaba desmedida en relación con la situación que estaba ocurriendo.</p> <p>A su vez por la cantidad de detalles en su relato y el tono y confianza con que nos contaba me hizo pensar que podría tratarse de una paciente con un trastorno <i>borderline</i>. Por lo tanto el pedido de agregar una sesión semanal más a su terapia era acorde con la necesidad de esta paciente. El pedido de Interconsulta con psiquiatría me pareció fundamental considerando los riesgos de la mala medicación y más en una paciente emocionalmente</p>

	<p>También se realiza el pedido de interconsulta con psiquiatría, dado que la paciente “dice” que su psicóloga le recomendó tomar clonazepam para calmar la sensación de ahogo en el pecho y poder dormir.</p> <p>El psiquiatra acude a la interconsulta, nos retiramos. Posteriormente nos comunican que la paciente se retiró más calmada.</p>	<p>inestable.</p> <p>Fue la primera vez que pude observar el trabajo de Interconsulta entre varios profesionales. Han sido todos muy atentos y pudieron acudir rápido ante el llamado de cada profesional.</p> <p>Posteriormente en la sala de estar comentaban las médicas la impresión que les había causado el relato de esta paciente. Con la psicóloga reforzamos en la conversación lo importante de reconocer esos signos para pedir la Interconsulta.</p>
--	--	---

- **Institución: Hospital Francisco Muñiz**
- **Fecha de práctica: 03/03/2017**

REGISTRO DE OBSERVACIÓN 18

Fecha	Extrospección	Introspección
03/03/2017	<p>Nuevamente en el servicio de Guardia nos dirigimos a la sala 21 por una paciente que no quiere comer, según nos indican. Cuando llegamos a ver a la paciente estaba dormida, por lo tanto la Psicóloga sugirió veamos cómo está una paciente anciana que tiene problemas con sus hijas.</p> <p>Nos dirigimos a ver a esta paciente en la misma sala, en la cama 12. La paciente debe tener 80 años aproximadamente, su nombre es Carmen. Se encuentra en un avanzado estado de desnutrición, sumamente delgada. Tiene una sonda nasogástrica, sus brazos parecen</p>	<p>Esta paciente en particular me impactó por lo avanzado de su deterioro físico.</p> <p>Fui comprendiendo que los hematomas de los que se desprendía la piel eran en realidad escaras, probablemente por el tiempo que lleva sin poder levantarse de la cama.</p> <p>Sobre la paciente en particular se puede hablar de falta de conciencia de</p>

	<p>tener hematomas, o algo similar, grandes a lo largo, pero la piel se desprende.</p> <p>Hablamos con su hija, supuestamente el conflicto es con la otra hija que la cuida a la noche, al parecer se gasta la jubilación de la mujer y no aporta para su atención, o eso es lo que dijo a la trabajadora social y a la psicóloga la semana anterior. Lo que nos dice esta vez es que el problema está solucionado, que con ese dinero van a pagar a una acompañante par que este con su madre en los turnos que ellas no pueden, para que no quede sola como otras veces.</p> <p>Una de las infectólogas de la sala se acercó para pedirnos que hablemos con ella, nos comenta que quiere saber qué le sucede a la paciente, que a la mañana cuando está sola es una paciente que está tranquila y dócil, y que cuando llegan las hijas se pone caprichosa, no quiere comer, y se la nota malhumorada. Decidimos hablar con la mujer. La psicóloga ya ha intentado hablar con ella y no ha tenido otra respuesta que “no tengo nada que decir”, “está todo bien”.</p> <p>Le preguntamos por su alimentación, se resiste a comentar pero ante la insistencia responde que le cuesta mucho comer. Luego de insistir, nos dice que se pone triste cuando se queda sola, porque necesita ayuda para hacer cualquier cosa, y que quiere ponerse bien para ir a su casa. La hablamos que supiera que es importante que exprese lo que le está sucediendo, le comentamos de la mujer que la va a cuidar cuando no puedan sus hijas, y que es muy importante que coma.</p> <p>Luego volvimos a hablar con la infectologa, le comentamos que esos cambios en la conducta de la paciente que ella observa responden a la necesidad de que no la dejen sola. Nos comentó que la familia es muy disfuncional, que la paciente llegó en</p>	<p>enfermedad, con esta idea de volver a su hogar comiendo un poco más. La realidad que mencionan los médicos y lo que se observa a simple vista es que es muy poco probable que eso ocurra. Lo mismo por parte de sus hijas quienes reniegan más por tener que hacer un viaje desde zona Oeste para cuidarla y acompañarla en lugar de identificar la gravedad del cuadro de su madre, quien de alguna forma llegó a pesar 20 kg y que además ingresó al Hospital con un cuadro considerado de agonía. Considero positivo el hecho de que hayamos conseguido que pueda verbalizar qué de toda la situación era lo que angustiaba a la paciente, quizá la lleve a preguntarse otras cosas, aunque eso no sea algo que se pueda inferir en esa situación.</p>
--	---	--

	<p>estado de agonía por el avanzado cuadro de desnutrición, sin tomar la medicación para el VIH, y en estado de inconciencia. Consideran que fue debido a un gran abandono por parte de la familia.</p> <p>Consideramos que será importante avisarle a la psicóloga de Guardia del sábado, para que pase a verla.</p>	
	<p>Posteriormente, en la misma Sala, se acercó de manera espontánea la hija de una paciente, quien estaba acompañando a su madre. Su madre ya estaba por ser externada y le preocupaba el hecho de que: -“se deprime y se abandona. Se deja estar, se llena de piojos... esta vez no quiero que le pase así”.</p> <p>Además la hija de la paciente relata que ella recientemente perdió un embarazo y también esta angustiada, la deja tranquila saber que su madre no la contagió de VIH durante el parto, pero que ella no haber podido tener su propio hijo fue terrible para ella.</p> <p>Reforzamos la idea de que es muy joven y tiene tiempo, y que de todas maneras es importante que haga tratamiento psicológico.</p> <p>Se fueron con la indicación de realizar tratamiento. Para ello, el día miércoles cuando venga a hacerse los chequeos médicos debe acercarse a la Sala 8, de Salud Mental para solicitar un turno.</p>	<p>Pienso en lo importante de la demanda espontánea y cómo puede cambiar la atención si los pacientes saben que hay psicólogos y que pueden consultar con ellos en cualquier momento.</p> <p>Esa paciente y su hija se fueron sabiendo cuál es el siguiente paso para su recuperación.</p>
	<p>Finalmente nos dirigimos en la misma sala a chequear si la paciente que no quería comer estaba despierta y si lo estaba. Nos presentamos y le consultamos que estaba ocurriendo con su alimentación. Nos dijo que no quería comer porque era fea la comida del Hospital, que ella estudia gastronomía y que no le gusta esa comida.</p> <p>Hace un mes que está internada, tiene VIH y tuberculosis. Nos comentó que se viene sintiendo desgana desde</p>	<p>Con esta paciente me pareció importante tuviera un seguimiento para distinguir si posee algún tipo de trastorno de la alimentación o recomendarle tratamiento psicológico.</p> <p>También considero que hubiera sido importante preguntar un poco más sobre la cuestión de comida de la abuela, tal</p>

	<p>hace 2 meses aproximadamente. Entre las preguntas que le vamos realizando sobre sus hábitos y rutinas, afirma que por lo general come muy poco, porque no siente hambre. La psicóloga le señala que entonces no es porque la comida del hospital sea fea. Se queda en silencio. Retoma la palabra diciendo que sólo le gusta comer lo que la trae su abuela. Su abuela la visita día por medio en el Hospital, le decimos que no puede comer la mitad de los días de la semana si quiere volver a su casa. Se la nota cansada. Le decimos que mañana seguramente la visita la otra psicóloga de la Guardia.</p>	<p>vez como posible pregunta ¿qué tiene de particular o de distinto?</p>
	<p>Una vez en la sala de estar de la Guardia, nos llamaron de la sala 20, por un paciente que hace poco sabe que es VIH+ y está muy angustiado. Nos dirigimos a la sala. El paciente se llama Exequiel. Está en aislamiento, es decir, en una habitación individual por una neumonía. Está con un tubo de oxígeno. Cuando ingresamos a la sala lo notamos agitado y muy angustiado. Nos dice que está internado hace 3 días, y que hace 2 semanas se enteró que es VIH+ cuando empezó con la neumonía, le dieron medicación para tomar en su domicilio pero no surtió efecto y por eso fue internado. Vive con su pareja, un hombre de unos 60 años. El paciente tiene 41 años. Tienen 6 perros, quienes le preocupan mucho porque nadie los atiende como él. Llora mientras relata que su madre viene desde Morón a verlo todos los días y que está preocupado porque se vuelve sola. Realmente el paciente está muy desbordado, probablemente por su reciente diagnóstico y enfermedad, pero no puede ponerlo en palabras y por lo tanto expresa estar terriblemente angustiado por otras situaciones como su madre, sus</p>	<p>Con este paciente la situación que se presentó fue el reciente diagnóstico. Entendía que el estigma social asociado a la enfermedad, comprendía lo que los médicos le explicaban, sin embargo había mucha angustia flotante en el paciente, que el intentaba colocar en algún lugar sobredimensionando otras situaciones. Cuando llegamos a ver a este paciente en me costó disociar en un primer momento la identificación con el paciente. Sucede que presto atención a muchos factores a la vez: a la intervención de la psicóloga, los tonos que usa, la teoría que está utilizando, la técnica que está recomendando y la</p>

	<p>perros, y su hermano.</p> <p>Tratamos de hablar sobre el diagnóstico, dijo que al principio se asustó mucho por él y por su pareja. Su pareja se realizó el testeo y le dio como resultado negativo. Afirma que de todas maneras como es un señor mayor no tienen muchos encuentros sexuales aunque están juntos desde hace 6 años. Viven juntos hace 4 años.</p> <p>Nos quedamos con el paciente 2 horas. Cada vez que intentábamos hacer un cierre comenzaba a llorar más fuerte, de nuevo.</p> <p>Luego tratamos de enfocarlo en sus proyectos y las cosas que tiene para hacer luego de su internación, tiene muchas ideas, muchos planes. Creemos que la angustia está relacionada con esta etapa inicial, el paciente necesitaba hablar y descargar. Con los médicos ya se ha sacado las dudas sobre su enfermedad, parece estar bien informado.</p> <p>Una vez más calmado nos despedimos dejándole la indicación de llamar al psicólogo de planta por las mañanas o a la Guardia por la tarde si necesita hablar.</p>	<p>empatía con el paciente. Además había sido una Guardia con varios pacientes. Me di cuenta que estaba pensando en qué haría yo en su lugar y en ese momento pude disociar y volver a escuchar al paciente. Considero que esta experiencia está siendo realmente un enorme aprendizaje.</p>
--	--	--

CUADRO DE PROFESIONALES QUE APARECEN EN EL ANEXO

PROFESIONALES DE SALUD

Nombre	Profesión	Tiempo de servicio	Datos aportados	Lugar	Técnica	Fecha
Silvia Warth	Psicóloga	20 años	Dificultades de los pacientes en la aceptación del diagnóstico / Características del trabajo con esta población.	Fundación Huésped	Entrevista	03-nov
Mónica Zapatela	Counselor		El momento del diagnóstico: positivo y negativo. Posibilidades de intervención en cada caso.	NEXO A.C	Entrevista	18-oct
Yanina	Enfermera		Resistencias de las familias y los pacientes respecto al diagnóstico y los tratamientos. / Rol del psicólogo como un colaborador cuando los pacientes se encuentran angustiados o agresivos.	Sala de internación. Htal Muñiz.	Entrevista	08-dic

Gonzalo	Enfermero	20 años	Situaciones de extrema vulnerabilidad social en los pacientes. / Corta duración de los enfermeros en ese tipo de servicios.	Sala de internación. Htal Muñiz.	Entrevista	23-dic
Camila	Enfermera	3 años	Dificultades del trabajo con pacientes con conductas autolesivas. / Pedido de Interconsulta cuando los pacientes están angustiados.	Sala de internación. Htal Muñiz.	Entrevista	23-dic
Sofía	Psicóloga	2 años	Trabajo de Interconsulta en el Htal. / Características del trabajo del psicólogo de Guardia. / Trabajo con las familias y los pacientes. / La importancia del trabajo de contención con los pacientes.	Servicio de Guardia	Entrevista	13-ene
Pablo	Psiquiatra		Historia del Htal desde la epidemia del SIDA. / Problemáticas de consumo en los pacientes. / Dificultades para brindar la atención que requieren los pacientes por falta de recursos.	Servicio de Guardia	Entrevista	13-ene

CUADRO DE PACIENTES QUE APARECEN EN EL ANEXO

PACIENTES											
N°	Sala	Nombre	Edad	Origen	Residencia	Ocupación	Diagnóstico	Internación	Comentarios	Técnica	Fecha
1	16	Florencia	30	Salta	CABA	Bailarina	Hace 18 a.	2 meses	Solamente su flia. conoce su DX. / Le cuestan las externaciones.	Entrevista	18-nov
2	21	Gisela	42	GBA	GBA	Cose velas para barcos		1 mes	Solamente su flia. conoce su DX. / Teme discriminación laboral	Entrevista	18-nov
3	21	María	38	GBA	Vicente Lopez	Empleada doméstica	Hace 3 a.	2 semanas	Solamente su flia. conoce su Dx.	Entrevista	18-nov
4	21	Juana	78	CABA	CABA				Dificultades para retornar a su hogar (falta de acuerdo con sus hijos).	Observación	25-nov
5	21	Paciente	35					7 meses	Conflicto con enfermería en torno a un ventilador. / "nosotros también somos personas".	Observación	25-nov
6	16	Paciente	40			Recolección de residuos	Hace 20 a.		Paciente muy angustiada por su situación familiar.	Entrevista	02-dic

7	17	Andrés	41					8 meses	Incomodidad con la internación / Transmite sensación de abandono.	Entrevista	02-dic
8	17	Santiago	40 aprox	GBA	GBA		Desde 2006	2 meses	Paciente contenido a su cama con precintos	Entrevista	02-dic
									SNC estuporoso: por eso lo contienen en la cama.	Observación	06-oct
									Se fugó y lo encontraron en el Mercado Central.	Observación	10-feb
9	17	Mauricio	47	Salta	CABA	Fletero	Hace 2 meses	2 meses	Portavoz de la sensación de aislamiento de los pacientes.	Entrevista	02-dic
									Portavoz de la acusación de "viejo degenerado" al paciente 8.	Entrevista	08-dic
10	17	Javier	26			Diseño Gráfico	Desde niño	15 días	Contagio por transfusión de sangre. / Molestias con algunos médicos.	Entrevista	08-dic
11	16	Luciana	40	Pinamar	Traslado				Embarazo de riesgo por meningitis	Entrevista	08-dic
12	16	Carolina	30	GBA	GBA		5 años	1 semana	Dificultades con tratamiento ARV anteriormente.	Entrevista	13-ene

13	16	Liliana	36						Desea autoadministrarse la medicación vía suero. Conflicto con enfermero	Observación	02-feb
14	8	Clara Mabel		Paraguay	GBA				Idea delirante sobre posible embarazo: foco de intervención psicológica	Observación	10-feb
15	8	Daniela					10 años	3 semanas	Foco de interconsulta: intervención quirúrgica y comunicación con cirujano.	Observación	10-feb
16	Guardia	Claudia	38	CABA	CABA				Profilaxis por posible contagio./Paciente muy angustiada. Interconsulta	Observación	24-feb
17	21	Carmen	80						Dificultades entre sus hijas para organizarse ante una internación prolongada. / Trabajo de interonsulta con residentes.	Observación	03-mar
18	21	Paciente e hija							Consulta espontánea por fantasías relacionadas con la externación.	Observación	03-mar
19	21	Paciente	40					1 mes	Dificultades con alimentación.	Observación	03-mar

20	20	Exequiel		Morón	Morón		2 semanas	3 días	Paciente muy angustiado. / Se orienta la intervención hacia las redes que posee el paciente para su contención.	Observación	03-mar
----	----	----------	--	-------	-------	--	-----------	--------	--	-------------	--------