



Universidad  
Nacional  
de Rosario

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**El rol del psicólogo en el ámbito hospitalario y la importancia de su intervención  
frente a diagnósticos graves.**

**TRABAJO INTEGRADOR FINAL**

**Modalidad de presentación:** Ensayo

**Docente responsable:** Gomez Fernando

**Alumna:** Gaudio Maximina Luz

**Legajo:** G-2425/2

**DNI:** 33449046

**Email:** [mgaudio@lasegunda.com.ar](mailto:mgaudio@lasegunda.com.ar)

**2025**

### Agradecimientos:

Un especial agradecimiento a mi mamá y mis hermanas, mujeres que con su fortaleza han sido ejemplo y faro en mi vida. Me han enseñado que con esfuerzo y trabajo las metas finalmente se cumplen.

A mis hermanos, por compartir cada paso y cada logro del camino confiando siempre en que lo lograría.

A mis amigos, de la vida y de la facultad, que supieron escucharme en los momentos difíciles y se alegraron conmigo cada vez que rendía bien una materia.

A mi compañero de vida que me acompañó todos estos años con una paciencia inagotable, siempre con palabras amorosas incentivándome a seguir para adelante, el que me abrazó fuerte cuando los resultados no eran los esperados y festejó conmigo cada logro como si fuera suyo.

Y por último a la universidad pública y los docentes que acompañaron mi camino compartiendo sus enseñanzas, experiencias y sobre todo su pasión. Sin dudas han dejado huellas imborrables en mi paso por la facultad.

Índice:

1.Resumen y palabras clave.....	4
2.Introducción.....	5
3.Desarrollo.....	7
3.1.Encefalitis: Diagnóstico, características y síntomas.....	7
3.2.El diagnóstico del psicoanálisis y su relación tensión con el diagnóstico médico.....	9
3.3.La intervención del psicólogo en el ámbito hospitalario.....	13
4. Consideraciones finales.....	18
5.Referencias bibliográficas.....	20

### 1. Resumen y palabras clave:

El presente ensayo, correspondiente a la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, explora las posibles relaciones entre el psicoanálisis y el ámbito de la salud, específicamente dentro del hospital. En este sentido, interesa situar cómo los psicólogos pueden contribuir a brindar apoyo a aquellos padres que reciben diagnósticos de gravedad de sus hijos dentro del hospital, como en el caso de la enfermedad denominada encefalitis autoinmune. Para ello, será importante poder establecer diferencias entre el diagnóstico médico y el diagnóstico psicoanalítico para ampliar la perspectiva del paciente y su familia. A estos efectos se analiza el concepto de demanda, y cómo en ocasiones esta no necesariamente es explícita y surge de parte de quien necesita contención. A su vez, interesa situar la noción de transferencia para pensar en el vínculo entre los padres y el analista como así también en qué momentos y ante qué situaciones será indispensable la intervención del mismo.

Palabras clave: psicoanálisis, intervención, demanda, transferencia, encefalitis autoinmune.

## 2. Introducción:

El presente Trabajo Integrador Final (TIF) en modalidad de ensayo pretende abordar los posibles aportes clínicos que puede hacer el psicoanálisis dentro del campo hospitalario, específicamente en lo que tiene que ver con el diagnóstico de enfermedades graves en la niñez. Entonces, interesa para eso delimitar la noción de diagnóstico y separar cómo lo entienden el psicoanálisis y la medicina. Luego, será pertinente poder situar algunas nociones fundamentales que permitan saber cómo es la intervención del psicólogo en este campo, especialmente cuando es psicoanalista, para así delimitar cuáles son los efectos que tiene el diagnóstico sobre la familia.

Este ensayo se centra particularmente en el diagnóstico conocido como encefalitis autoinmune, como ejemplo de una enfermedad grave que puede generar un gran impacto emocional en pacientes y familiares. Se destaca la importancia de la presencia del psicólogo en el ámbito hospitalario para brindar apoyo y contención a pacientes y familiares en momentos de crisis.

También se analiza el concepto de *demanda* en el contexto del psicoanálisis, en tanto se interroga cómo esta puede ser explícita o implícita, y cómo el psicólogo puede leer las señales no verbales de los pacientes y familiares para brindar apoyo.

Otra cuestión importante que se abordará en el presente ensayo es el *rol del psicólogo* en el ámbito hospitalario y sus posibles *intervenciones* a la hora de acompañar a los padres que reciben un *diagnóstico* de gravedad por parte del médico tratante.

Resulta crucial discernir cuándo se requiere la *intervención* del profesional, ante qué circunstancias se la solicita y cómo se manifiesta dicha intervención. A su vez será necesario analizar cómo se pone en juego el *vínculo transferencial* con los padres y familiares del niño enfermo y los desafíos que puedan surgir en el manejo de ese vínculo para su adecuado abordaje, ya que el vínculo transferencial puede ser utilizado como un recurso valioso en el proceso terapéutico.

El marco epistemológico que sostendrá este escrito es el del psicoanálisis. Por lo que, en función de las nociones que interesa resaltar, son fundamentales los aportes de Freud, pero también de algunos autores contemporáneos tales como Ritvo, Muñoz y Murillo, entre otros.

Alrededor de esta problemática y del impacto subjetivo que un diagnóstico médico puede generar en los padres de niños que padecen enfermedades tales como la encefalitis autoinmune, se presenta el interrogante de si es necesario el surgimiento de una demanda para que el rol del psicólogo se ponga de manifiesto.

Otra de las cuestiones importantes a tener en cuenta es cuáles suelen ser las condiciones en las que se proclama un diagnóstico en el ámbito hospitalario.

Tentativamente se postula que la intervención del psicólogo es fundamental en estos casos en donde se noticia a los padres de un diagnóstico de gravedad ya que contribuye a abordar las complejas dinámicas psicológicas y emocionales asociadas a esta situación, como así también permite brindar herramientas o estrategias de afrontamiento.

### 3. Desarrollo:

#### 3.1 *Encefalitis: Diagnóstico, características y síntomas.*

En esta instancia, hacer mención al concepto de diagnóstico es fundamental para comprender su relevancia y su utilización en el ámbito médico, lo cual permitirá abordar de una manera más efectiva el impacto que éste tiene en pacientes y familiares en determinadas ocasiones:

El diagnóstico médico es el conocimiento técnico, y por lo tanto operativo, del estado de salud en que ocasional o habitualmente se encuentra un individuo humano; si tal estado es la sanidad, para conservarlo o mejorarlo, y si es la enfermedad, para descubrir la índole y la estructura de esta o intentar erradicarla. Es el arte de identificar una enfermedad a través de los signos y síntomas que el paciente presenta. (Paladines Ríos et al., 2019)

Entonces, cuando un paciente asiste a una consulta por algún malestar o dolencia, el médico tratante evaluará cada uno de los signos y síntomas que se presenten, ya que a partir de estos, se realizará el pronóstico y posterior tratamiento que se requiera. Es posible entonces esbozar una definición de diagnóstico en relación al paciente pero también a la función del médico. En este sentido:

El diagnóstico es una de las tareas fundamentales de los médicos y la base para una terapéutica eficaz. En sí mismo no es un fin sino un medio, e indispensable para establecer el tratamiento adecuado. Hay quienes lo señalan como la parte más importante del trabajo médico, pero a pesar de eso conlleva muchas dificultades cuando se explica y se enseña cómo realizarlo. (Novás, 2006, p.1)

En el ámbito hospitalario es frecuente que el personal médico evalúe a todo tipo de pacientes que llegan con alguna dolencia o malestar, y en algunas ocasiones determinar el diagnóstico puede resultar una labor difícil para el equipo tratante. A su vez, la búsqueda del diagnóstico puede ser angustiante para la familia, ya que los miembros de la misma pueden percibir que algo no está bien, que se aproximan momentos de angustia y muy difíciles de atravesar.

Las analogías sobre las cuales se apoya la mirada clínica para reconocer, en diferentes enfermos, signos y síntomas, son de otro orden; en tanto “consisten en las relaciones que existen primeramente entre las partes constituyentes de una única enfermedad y después entre una enfermedad conocida y una enfermedad por conocer” (Foucault, 2001, p.145).

Resultará necesario e indispensable tener en cuenta determinados principios en los cuales se apoya el diagnóstico médico para el logro de un buen resultado, tales como la relación médico-paciente, la anamnesis, el examen físico y el vínculo de los signos y síntomas que se manifiesten en el paciente (Novás et al., 2006).

Por otra parte, en algunos casos el avance de los síntomas que el paciente experimenta hace que los cuadros se complejicen con el correr de los días. Y esto se dificulta aún más cuando a través de diversos estudios se comprueba que la enfermedad no es ocasionada por un virus o bacteria, sino que es el propio cuerpo quien la produce. Para ilustrar un ejemplo de esto, puede hacerse referencia a enfermedades tales como la *encefalitis autoinmune*. En ocasiones los tratamientos que el paciente va a requerir para abordar esta enfermedad pueden tornarse más complejos recurriendo al uso de medicamentos inmunosupresores o procedimientos como la plasmaféresis.

En referencia a lo mencionado anteriormente, es menester definir a las enfermedades autoinmunes como aquellas que alteran al propio sistema inmunitario, el cual ataca a las células del organismo. En estos casos, el sistema de protección se convierte en el agresor, atacando y destruyendo a los propios órganos y tejidos corporales sanos, en lugar de protegerlos.

Por ello, como se ha mencionado, en el presente trabajo se abordará específicamente la ya mencionada *encefalitis autoinmune*, afección que implica la inflamación del cerebro. La misma no es causada por infecciones víricas o bacterianas sino que son las células inmunitarias las que por error atacan al cerebro, teniendo en ocasiones consecuencias gravísimas que pueden llevar en los casos más extremos a la muerte de quien la padece.

Si bien aún se desconoce el motivo por el cual se presenta esta enfermedad, diversos estudios han demostrado que los desencadenantes de la *encefalitis autoinmune* pueden ser síndromes paraneoplásicos del sistema nervioso, que son tumores cancerosos o no cancerosos. Por otra parte, otra clase de encefalitis autoinmune que genera graves complicaciones es la nombrada como *encefalomielitis aguda diseminada*, la cual se desencadena por una infección en el organismo. Se la conoce como *encefalitis autoinmune postinfecciosa* y en muchos casos, no se identifica un desencadenante de la respuesta inmunitaria.

Los signos y síntomas que permiten categorizar a la *encefalitis* regularmente tienen que ver con fiebre, dolor muscular, fatiga o debilidad (Pruthi, 2024).

En algunas oportunidades, esta presentación puede generar confusión y dificultad en el abordaje del diagnóstico y posterior tratamiento ya que se asimila a lo que podría

leerse como estados gripales. Con el correr de las horas o los días, a estos síntomas se les añaden otros de mayor gravedad, tales como confusión, agitación, alucinaciones, convulsiones, movimientos irregulares y problemas con el habla o la audición, entre otros.

Así mismo, y específicamente en la *encefalitis autoinmune*, pueden presentarse síntomas que se desarrollan con mejor rapidez durante el transcurso de varias semanas. Se añaden a los descritos anteriormente, otros signos que se combinan y se traducen en cambios en la personalidad, pérdida de la memoria, problemas para caminar, etc (Pruthi, 2024).

Al mismo tiempo, la encefalitis puede generar otros síntomas que pueden durar meses o en ocasiones ser permanentes. Algunas de ellas son: la fatiga permanente, la debilidad o ausencia de coordinación muscular, problemas de memoria y dificultad para hablar. En los casos más graves, la inflamación puede producir lesiones en el cerebro, derivar en un estado de coma o incluso llevar a la muerte.

Al ser una enfermedad que debilita el sistema inmunitario, el paciente queda en condiciones de fragilidad física, lo cual será la puerta de ingreso para todo lo disruptivo psíquicamente.

Por lo descrito anteriormente, y en función de la complejidad que presentan este tipo de enfermedades, se considera de suma importancia que el personal médico evalúe cada síntoma que se presente en el paciente y que el diagnóstico médico se realice minuciosamente y con la mayor rapidez posible.

### *3.2. El diagnóstico del psicoanálisis y su relación tensión con el diagnóstico médico.*

Para dar inicio a este recorrido, es menester hacer mención al concepto de diagnóstico, que en tanto significativo, significa según el campo en el que esté inmerso. Entonces, el diagnóstico pensado desde la mirada médica tiene una connotación, pero desde el psicoanálisis, se erige una lectura diferente.

Así, puede pensarse al diagnóstico en el psicoanálisis como el trabajo que concede al analista la oportunidad de poder ubicarse en el terreno transferencial del paciente, para hacer posible desde ese lugar una manifestación más nítida del síntoma como expresión de un saber inconsciente que afecta y divide al sujeto que lo padece. Por lo tanto el resultado de este proceso no es sólo una etiqueta o código diagnóstico, sino la puesta en acto del síntoma en el vínculo transferencial, que implica una experiencia del inconsciente. Es entonces en el interior del dispositivo -conforme a la posición del paciente en transferencia y a la respuesta a las intervenciones que realice el analista- donde se podrán apreciar las características de su posición subjetiva. Por ende, tratamiento y proceso diagnóstico no están separados sino que cuando el paciente mismo logra percatarse de su propia

responsabilidad respecto a su padecer sintomático, esto genera efectos terapéuticos (Colovini, 2014).

Puede ocurrir, sin embargo, que el diagnóstico se trate de un juicio de subsunción en el que se coloca al paciente dentro de una categoría: neurosis obsesiva, histeria, histeria de angustia, etc. Esto plantea una serie de problemas, uno de ellos es el hecho de que al ubicar al sujeto en una categoría general, puede ser difícil escuchar su singularidad (Ritvo, 2019).

Diagnosticar no es subsumir, sino trazar las alternativas actuales de la repetición del acto de un sujeto. En este sentido, las alternativas se piensan desde la tríada freudiana de inhibición, síntoma y angustia, vuelta a formular como basculación del acto entre el *acting out* y el pasaje al acto, pensadas entonces desde la estructura. Las mismas están abiertas al margen de libertad que es inherente a la acción significativa (Ritvo, 2003).

En relación a esto, en el seminario I, titulado *Los escritos técnicos de Freud*, Lacan (2021) comenta que el análisis es una experiencia de lo particular. La experiencia verdaderamente original de este particular adquiere pues un valor aún más singular. (p.40)

Por lo tanto, el diagnóstico diferencial es necesario e importante como punto de partida para poder asociar al sujeto a una categoría, ya que no es la misma forma en la que se dirige la cura con un sujeto de la psicosis que con un sujeto de la neurosis. Además, será necesario recordar que estas delimitaciones no son sólidas y armadas de manera perfecta, sino que suelen ser ambiguas y estar desfiguradas.

Siguiendo a Muñoz (2011) en su texto *Las locuras según Lacan* afirma lo siguiente:

“En general, no es muy importante cómo se nombre a los cuadros clínicos”<sup>1</sup>. Lo cual demuestra que Freud no desconoce la nosología, que hace uso de ella pues le importan ciertas discusiones, pero que su uso no reviste pretensión universalizante, ni le adjudica importancia alguna en lo atinente a la dirección de la cura -lo que es más sustantivo aún-.

Es sabido que Freud no utiliza el término estructura y que cuando se trata de establecer oposiciones, diferencias, es decir cuando se ve llevado a referirse a las variedades clínicas, utiliza la expresión *tipos clínicos*. Las *Neuropsicosis de defensa* y *Nuevas Puntualizaciones* son los textos que suelen incluirse en lo que se ha dado en llamar la “primera nosología freudiana”, de los que se enfatiza que inauguran las líneas fundamentales de distinción en una nosología que va a persistir a lo largo de toda su obra. Allí donde efectúa la relación y diferenciación entre histeria y obsesión habla de *tipos* con una pluralidad de formas, es decir que, a su vez, cada uno de estos tipos admite una variedad no sólo en la forma de su manifestación sino en la composición misma. Es verdad entonces que le parece sustantivo conservar una clara diferenciación entre los *tipos clínicos* pero nunca con el afán psiquiátrico

---

<sup>1</sup> Las comillas pertenecen al autor.

clasificadorio de sostener cuadros sólidos y estables, nunca tomando el modelo de la clínica psiquiátrica. (p.30)

En lo que atañe al diagnóstico en psicoanálisis no se puede dejar de mencionar como recurso básico y fundamental el hecho de que diagnosticar a un sujeto significa descubrir la coyuntura fantasmática del mismo. A su vez esto resulta interesante ya que el fantasma es ciertamente un universal singular, así como sus rasgos determinantes solo se realizan por la vía de la singularidad más extrema (Ritvo, 2019).

La primera consecuencia de este modo de leer es la exaltación frenética del diagnóstico diferencial. Es así que dicha ortodoxia lacaniana otorga gran importancia al diagnóstico como operación clínica fundamental para la iniciación y el transcurso de un tratamiento psicoanalítico, postulándolo como una de las funciones decisivas del psicoanalista y, en especial, el diagnóstico inicial, en la medida en que este constituye la variable determinante para decidir el tipo de dispositivo y el modo de trabajo que utilizará en el tratamiento (Muñoz, 2011, p 28).

El proceso de diagnóstico psicoanalítico es intrínsecamente complejo y, por lo tanto, da lugar a posibilidades terapéuticas notablemente específicas y enriquecedoras.

El diagnóstico, establecido dentro del contexto de la transferencia trasciende cualquier intento del terapeuta de clasificar el malestar del paciente. El dispositivo analítico permite la emergencia de un sujeto que puede reconocer y asumir la responsabilidad de su propio sufrimiento. Este conocimiento del sujeto surge necesariamente desde el interior del dispositivo analítico. (Mordoh et al., 2007).

En el Seminario XI, titulado *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis (2021)*, Lacan introduce cuatro nociones que sostienen la clínica analítica, de las cuales es necesario aquí situar dos de ellas: la repetición y la transferencia.

La *repetición*, entonces, no ha de confundirse con el retorno de los signos, ni tampoco con la reproducción o la modulación por la conducta de una especie de rememoración actuada. La repetición es algo cuya verdadera naturaleza está siempre velada en el análisis, debido a la identificación, en la conceptualización de los analistas, de la repetición y la transferencia. Cuando, precisamente, hay que hacer la distinción en ese punto. (p. 62)

Respecto al concepto de *transferencia*, el seminarista comienza describiendo que la transferencia positiva es cuando a quién está en juego, el analista en este caso, lo miran con buenos ojos y es negativa cuando se lo mira con malos.

En unos párrafos posteriores Lacan aclaró que la meta es aproximarse al concepto de transferencia, y dijo entonces que este concepto está determinado por la función que tiene en una praxis. Este concepto rige la manera de tratar a los pacientes. A la inversa, la manera de tratarlos rige al concepto (Lacan, 2021).

Como puede reconocerse, la transferencia es un término generado en la teoría psicoanalítica y que Lacan retoma de la lectura que hace de Freud:

Lo que Freud nos indica, desde un principio, es que la transferencia es esencialmente resistente, *Übertragungswiderstand*. La transferencia es el medio por el cual se interrumpe la comunicación del inconsciente, por el que el inconsciente se vuelve a cerrar. Lejos de ser el momento de la transmisión de poder al inconsciente, la transferencia es al contrario su cierre. (Lacan, 2021, p. 136)

En su Conferencia 27, titulada *La Transferencia*, Freud (1991) afirma lo siguiente:

Queda excluido ceder a las demandas del paciente derivadas de su transferencia, y sería absurdo rechazarlas inamistosamente o con indignación; superamos la transferencia cuando demostramos al enfermo que sus sentimientos no provienen de la situación presente y no valen para la persona del médico, sino que repiten lo que a él le ocurrió una vez, con anterioridad. De tal manera lo forzamos a mudar su repetición en recuerdo. Y entonces la transferencia, que, tierna u hostil, en cualquier caso parecía significar la más poderosa amenaza para la cura, se convierte en el mejor instrumento de ella, con cuya ayuda puede desplegarse los más cerrados abanicos de la vida anímica. (p.403)

En ciertas ocasiones, cuando un paciente tiene un sufrimiento o malestar psíquico, el cual siente que ya no puede controlar o superar, decide acudir a un tratamiento psicoanalítico en busca de una ayuda que le permita mermar ese dolor. Lo mismo sucede cuando los síntomas se presentan en el terreno de lo físico, en el cuerpo.

Lacan (1985) se pregunta en *Psicoanálisis y Medicina*: ¿Dónde está el límite donde el médico debe actuar, y a qué debe responder? A algo que se llama la demanda.

Cuando el enfermo es enviado al médico o cuando lo aborda, no digan que espera de éste pura y simplemente la curación. Pone al médico en la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él está totalmente aferrado a la idea de conservarla. A veces viene a demandarnos que lo autentifiquemos como enfermo, en muchos otros casos viene, de la manera más manifiesta, a demandarles que lo preserven en su enfermedad, que lo traten de la manera que le conviene a él, la que le permitirá continuar siendo un enfermo bien instalado en su enfermedad. (p.12)

Es pertinente señalar que en ocasiones el paciente se resiste al cambio y se aferra a su enfermedad, se encuentra cómodo en ella ya que ésta le proporciona beneficios secundarios tales como la atención y el cuidado por parte de su entorno. La misma resistencia se pondrá de manifiesto en la relación terapéutica con su analista, a quién le demandará atención constante y de quien por otro lado esperará que lo libere de su sufrimiento.

Al cabo de esta demanda, la función de la relación con el sujeto supuesto saber, revela lo que nosotros llamamos *transferencia*. En la medida en que más que nunca la ciencia tiene la palabra, más que nunca se sostiene ese mito del sujeto supuesto saber, y eso es lo que permite la existencia del fenómeno de la transferencia en tanto que remite a lo más primitivo, a lo más arraigado del deseo de saber. (Lacan, 1985, p.19)

El momento en el que los padres reciben el diagnóstico de la enfermedad de su hijo, comienza una búsqueda de información que es impulsada por la necesidad de comprender y afrontar la situación. Por otro lado, desde el primer encuentro con los profesionales de la salud, los padres darán cuenta de sus propias investigaciones sobre la enfermedad, la cual es percibida como un mal (Lacan, 1985).

La enfermedad del niño parece ser un indicador de las problemáticas y del drama familiar, que se actualiza en esta enfermedad y se alimenta de ella, pero no es verdaderamente ocasionado por ella. Las dificultades de los médicos radican en que solo escuchan la demanda explícita de curar las crisis y no la demanda implícita de reconocer el drama familiar (Lacan, 1985).

Los síntomas que se presentan en el niño requieren una mirada más amplia por parte del médico tratante a la hora de realizar un diagnóstico, en la que se tenga en cuenta su contexto, en tanto puede indagar cómo son las dinámicas familiares en las que está inmerso y si hay conflictos no resueltos que puedan estar interfiriendo en su salud física y psíquica.

En efecto, el médico no puede ser considerado como una máquina de diagnosticar, un robot terapéutico: es un sujeto tomado, como todos los sujetos, en un discurso inconsciente, que determina su respuesta al sujeto enfermo, es decir, su conducta en la terapéutica (Lacan, 1985, p. 24).

### *3.3 La intervención del psicólogo en el ámbito hospitalario.*

Respecto al diagnóstico de enfermedades de gravedad tales como la ya mencionada *encefalitis autoinmune* y sobre todo en el terreno de este tipo de pronósticos en la niñez, se presenta la imperiosa necesidad de la presencia de la figura del psicólogo, como aquel que

auspicio de sostén y de contención para los padres en esos momentos donde el dolor y la angustia se presentan como inabarcables y las palabras no alcanzan. Momentos donde se podría pensar en lo imposible de simbolizar la angustia.

La encefalitis se presenta como una condición clínica que, aunque poco frecuente, crea ansiedad en familiares de pacientes y personal médico, debido a la gravedad de los síntomas que acompañan frecuentemente a esta entidad, generando secuelas irreversibles o incluso la muerte. Es una situación de emergencia clínica y un reto diagnóstico para el médico. (Moreno-Flagge et al., 2009, p.121)

Por lo tanto, es necesario que el pediatra y los demás profesionales intervinientes puedan sostener y acompañar a estas familias desde el momento del diagnóstico y en otras situaciones de crisis que atraviesan a lo largo de su ciclo vital.

Se requiere también que los profesionales que actúan tempranamente, puedan detectar precozmente a las familias más vulnerables, que son las que no pueden encontrar las capacidades, estrategias, fortalezas o recursos propios o de su medio frente a las exigencias que demanda la situación. Ellas son las que necesitan mayor acompañamiento y sostén, o las que requieren una derivación al especialista en salud mental cuando la gravedad de los conflictos excede las posibilidades de intervención de los demás profesionales desde su ámbito de acción. (Nuñez, 2003, p.142)

La elaboración de la crisis del diagnóstico puede resultar en un crecimiento y enriquecimiento familiar o, por el contrario, en el desencadenamiento de trastornos de diversa intensidad. Cada familia, al ser única y singular, procesará esta crisis de manera diferente (Nuñez, 2003).

Respecto a esto, es interesante acudir al término que Freud desglosa en 1919 en su escrito *Lo ominoso*, y que luego Lacan retoma en el seminario X titulado *La angustia*, para poder precisamente abordar esas sensaciones que estos padres pueden llegar a experimentar al momento de recibir este tipo de diagnósticos.

En este texto Freud relaciona lo ominoso con lo espantoso. Va a decir: "no hay duda de que pertenece al orden de lo terrorífico, de lo que excita angustia y horror" (Freud, 1992, p.219).

Tal como lo describe en ese escrito, lo ominoso también tiene una especie de continuidad con lo familiar, lo hogareño, lo conocido. Algo ominoso entonces podría ser algo familiar que adquiere una característica desconocida.

Lacan (2007) en su investigación sobre el concepto de lo siniestro se basa en la definición que hace Freud de lo ominoso, quien a su vez cita a *Schelling*: "Se llama

unheimlich a todo lo que estando destinado a permanecer en el secreto, en lo oculto, ha salido a la luz" (p.52)

Aquel horror, aquel dolor que no puede simbolizarse será entonces con el que se trabaje en el encuentro con esos padres. Se reconoce también que la irrupción de la enfermedad de ese niño/a y la noticia de ésta generará un gran impacto subjetivo en ellos, como así también conflictos en los vínculos familiares y que a su vez puede ser el disparador de miedos, incertidumbres y angustias.

Siguiendo a Mannoni (1992), es posible retomar una referencia que ordena la cuestión: "lo que caracteriza la situación de angustia es la imposibilidad, para el sujeto, de utilizar la palabra como mediador. Cuando consigue traducir en palabras lo que siente, ya no tiene en verdad angustia: ha podido establecer una comunicación"<sup>2</sup> (p. 61).

La enfermedad, más allá de su especificidad o manifestación física, deterioro o disfunción de algún órgano, se convierte en un catalizador que saca a la superficie los miedos, temores y ansiedades más profundos de una familia en relación con la vida y la muerte (Lacan, 1985).

En el caso de la encefalitis, es una enfermedad que en muchas ocasiones reviste carácter de gravedad dependiendo de cómo se vaya desarrollando, y que puede ocasionar un deterioro permanente en aquellos sujetos que la padecen o inclusive la muerte. Es entonces, a partir de la noticia de este diagnóstico de gravedad y del shock que éste desata, que los padres tratarán de revisarlo cien veces, así como también corroborar la afirmación casi irrecuperable de la enfermedad (Mannoni, 1992).

Por todo lo dicho anteriormente se considera oportuno preguntarse si en este tipo de casos es necesario que la demanda de intervención por parte de un psicólogo provenga directamente de aquellos padres, los cuales en estos casos mayormente están tomados por el caos y la angustia que conlleva recibir este tipo de diagnósticos, o si sería más conveniente que el profesional esté presente allí, en el ámbito hospitalario, disponible no sólo a través de la presencia y la escucha sino quizás simplemente mediante un silencio que acompañe.

Murillo (2023) en su escrito *La demanda del paciente en la sesión analítica*, aborda cuestiones técnicas respecto a este tema y afirma lo siguiente:

*Demanda es que el paciente se dirija al analista, poniendo en palabras algo de su sufrimiento o síntoma. Esto incluye dos grandes dimensiones: la puesta en palabras de la división subjetiva (hablar de eso), y la direccionalidad a otro, que toma la forma de un pedido de ayuda, asistencia, compañía, cuidado (pedir algo en relación con eso)*<sup>3</sup>. (p.2)

---

<sup>2</sup> Las comillas pertenecen al autor.

<sup>3</sup> Las cursivas son del autor.

La escucha atenta y la interpretación por parte del analista son imprescindibles para trabajar con la demanda del paciente, inclusive cuando esta última no se presenta de manera clara o evidente.

Así, una demanda puede ser un pedido explícito de ayuda, en relación con un sufrimiento. Pero puede ser también una forma de presentación angustiada o en urgencia, o *una mirada, un gesto*, en un paciente que pudo decir pocas palabras en una primera entrevista. O puede incluso no ser nada de nada, “no existir”<sup>4</sup>, pero igualmente el deseo de un analista puede crearla a partir de eso que es el deseo humano: un deseo que se articula y estructura en relación con otro. (Murillo, 2023, p. 4)

Precisamente a esto se hace referencia cuando se piensa en la idea del psicólogo estando allí, presente y disponible en los pasillos o en una salita del hospital, para poder leer esas miradas o esos gestos que piden ayuda sin mediar palabras, ya que el momento en que los padres reciben este tipo de diagnósticos puede ser un momento tan devastador que en ocasiones será muy difícil que la demanda de ayuda pueda surgir de ellos mismos. Es por esto que a la hora de anunciar a la familia sobre el diagnóstico y el tratamiento que se llevará a cabo, es importante que tanto el médico como el psicólogo puedan alojar a dicha familia.

Así también, dentro del ámbito hospitalario pueden ser incluso los mismos profesionales sanitarios quienes necesitan ser asesorados sobre cómo accionar o abordar situaciones complejas que se les presentan, en las que los procesos psicoemocionales pueden desempeñar un papel central y que en ocasiones trasciende el conocimiento y el saber hacer dentro de sus campos de especialización. Por lo tanto, en estos casos sería el psicólogo quien pueda acompañar y brindar herramientas para el manejo efectivo de estas situaciones o incluso solicitar intervenciones centradas en el paciente (Fuentetaja y Villaverde, 2019).

Es necesario señalar que los médicos y profesionales del sistema de salud que se enfrentan a estas situaciones donde se presentan diagnósticos que revisten gravedad, conllevan una gran carga emocional que en ocasiones puede obstaculizar su desempeño. Por lo tanto:

Si bien el dolor físico pertenece a la esfera de los pacientes, el dolor psíquico se expresa tanto en pacientes como en profesionales, ya que no es posible acercarse a un paciente que sufre sin que este sufrimiento encuentre un eco en el profesional mismo. La demanda

---

<sup>4</sup> Las comillas pertenecen al autor.

imperiosa presente en nuestra cultura, por parte de pacientes y familiares, de alivio, curación y esperanza, pone a prueba las fortalezas de los profesionales que inevitablemente tienen que contactar con sus propias limitaciones, ya que la realidad impone que esa expectativa no siempre pueda ser conseguida. (Fuentetaja y Villaverde, 2019, p.3)

Estas circunstancias que enfrentan médicos y personal sanitario en el ámbito hospitalario, suceden también dentro de la clínica psicoanalítica entre aquel que busca ayuda por algún malestar y el analista. Por tal motivo, este último tendrá que ser capaz de manejar tanto la demanda como la dolencia que el consultante trae sin que éste lo abrume, debe ser capaz de contener el sufrimiento del paciente sin que este lo desborde.

El sufrimiento y la demanda son siempre una brújula porque orientan las maneras de recortar el material analítico. Esto quiere decir que el analista siempre va a escuchar muchas más cosas de aquellas sobre las que va a intervenir. Lo que media entre esa recepción y comunicación es un trabajo sutil de recorte, selección, ordenamiento y priorización del material psíquico. Si pensamos en una madeja, se trata de hallar un cabo; y ni siquiera cualquiera, sino aquél del cual pueda ser posible ir tirando y desenredando trabajosamente. (Murillo, 2023, p.4)

#### 4. Consideraciones finales

Para finalizar este ensayo, es fundamental retomar la afirmación freudiana de que *la ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas*. Esta afirmación señala el poder catalizador que tiene poner en palabras el malestar y el sufrimiento y cómo éste tiene en sí efectos terapéuticos, y a su vez estas palabras bondadosas residen en la escucha atenta y la inscripción cuidadosa por parte del terapeuta.

En momentos tan abrumadores como aquellos en donde la familia de un niño recibe el diagnóstico de una enfermedad grave como lo es la *encefalitis autoinmune* y que generalmente tiene un pronóstico desalentador, se considera que es fundamental comprender que la necesidad de apoyo al paciente y su familia es imperiosa y urgente.

Así, el psicólogo estará en la vía de contener y acompañar a los padres o familiares que reciben este tipo de diagnósticos, a restaurar entre comillas ese arrasamiento subjetivo que se ha producido. Es importante tener en cuenta que en ocasiones la intervención con estos padres no se dará en el consultorio del terapeuta sino que posiblemente puede llegar a darse en diferentes escenarios tales como una sala de espera del hospital, previo a algún estudio, o a una intervención quirúrgica, momentos que pueden llegar a ocasionar miedos e incertidumbre.

Como se mencionó a lo largo de este trabajo, las enfermedades autoinmunes son enfermedades crónicas, no tienen cura, por lo que se sostendrán en la historia del paciente. El diagnóstico de una enfermedad de este tipo provoca una disrupción y un cambio drástico tanto en la vida del mismo como en la de su familia. Por lo tanto, es de suma importancia brindar apoyo y acompañamiento. Es así, que el apoyo debe ser integral y abarcar tanto el aspecto médico como el psicológico y el social.

Se considera crucial que esta enfermedad como tantas otras se visibilice, poder deconstruirla, pensar cómo se manifiesta, cuáles son los síntomas que se presentan en el paciente, y sobre todo qué impacto subjetivo tiene en la familia del niño que la padece. Como así también es vital situar la inclusión y el acompañamiento del psicólogo en el ámbito hospitalario para abordar diagnósticos de esta naturaleza y acompañar tanto al paciente como a los familiares a la hora de recibirlos, brindando herramientas y estrategias de afrontamiento.

Resulta de suma importancia entender que cuando se le niega al psicólogo la posibilidad de estar presente tanto en el momento en que la familia recibe el diagnóstico como posteriormente en las diferentes etapas de la enfermedad que se van presentando, no sólo se nos niega la posibilidad de intervenir y formar parte, sino más importante aún, se les niega esos derechos y esa posibilidad al paciente y a la familia. Por lo tanto es importante

reflexionar sobre la necesidad de fomentar la cooperación y el trabajo interdisciplinario en el ámbito hospitalario entre el profesional de salud mental y los distintos profesionales que se encuentran trabajando en tal efector lo cual permitirá un abordaje más integral del paciente y su entorno familiar.

Es por todo lo dicho anteriormente que esta idea surge de un hecho personal y familiar, pero también del deseo de que se tenga en cuenta que la salud mental es parte de la salud de las personas y que ésta debe ser abarcada en su totalidad.

## 5. Referencias bibliográficas:

- Colovini, M (2014). *Ficha de Cátedra. Compilación: El Diagnóstico. Test de Rorschach fundamentos y origen. Los test proyectivos*. Facultad de Psicología, UNR.
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI editores.
- Freud, S. (1991). Conferencias de introducción al psicoanálisis. Conferencia 27. *En Obras Completas*. Amorrortu.
- Freud, S. (1992). Lo ominoso. *En Obras Completas*. Amorrortu.
- Fuentetaja, A. M. L., Villaverde, O. I. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea, volumen 10*, pp.1 - 19.
- Lacan, J (2007). *Seminario X: La angustia*. Editorial Paidós.
- Lacan, J. (2021). *Seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1985). *Psicoanálisis y Medicina. El lugar del psicoanálisis en la medicina*. Escuela freudiana de Buenos Aires.
- Mannoni, M. (1992). *El niño retardado y su familia*. Editorial Paidós.
- Mordoh, E., Gurevicz, M., Lombardi, G. (2007). Algunas precisiones sobre el proceso diagnóstico en psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones, volumen. XIV*, pp. 85 - 89.
- Moreno-Flagge, N., Bayard, V., Quiros E., Alonso, T. (2009). Encefalitis aguda. Manifestaciones neuropsiquiátricas como expresión de infección por virus de influenza. *Actualizaciones en neurología infantil. volumen 69*, pp. 121-126.
- Muñoz, P. (2011). *Las locuras según Lacan: Consecuencias clínicas, éticas y psicopatológicas*. Editorial Letra viva.
- Murillo, M. (2023). *La demanda del paciente en la sesión analítica. Revista Froi. volumen*, pp. 1-5.
- Novás, J. (2006). *El diagnóstico médico: un arte y una ciencia*. Editorial Médica Panamericana.
- Nuñez, B. (2003). *La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares*.
- Pruthi, S (18 de Septiembre de 2024). *Encefalitis - Síntomas y causas* - Mayo Clinic.org. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/encephalitis/symptoms-causes/sy-c-20356136>
- Ritvo, J. (Noviembre de 2019). *Conversando con autores de la asignatura Clínica I*. Facultad de Psicología, UNR.