

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Carrera de Psicología Clínica

Trabajo de Graduación previo a la obtención del Título de Licenciado en
Psicología Clínica

Tema:

**“Alcances y limitaciones de la psicoterapia con orientación
psicoanalítica en el ámbito hospitalario”**

Autor:

Margarita Peralta Merelo

Director:

Dra. Nora Guerrero de Medina

Guayaquil - Ecuador

Año 2012

ÍNDICE

Págs.

INTRODUCCIÓN.....	01
CAPÍTULO I: Enfermedades del sistema nervioso.....	03
- Cerebro.....	04
- Médula espinal.....	06
- Nervios periféricos.....	07
- Enfermedades del sistema nervioso.....	08
- Patologías vasculares.....	09
- Enfermedades desmielinizantes.....	11
- Patologías episódicas o paroxísticas.....	13
- Patologías de la unión neuromuscular y músculo.....	14
- Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central.....	15
Capítulo II: El sujeto en psicoanálisis.....	17
- ¿Cómo se estructura el sujeto?.....	18
- Estadio del Espejo.....	20

	<u>Págs.</u>
- Complejo de Edipo.....	21
- Metáfora Paterna.....	24
 Capítulo III: La palabra como instrumento de trabajo en la psicoterapia con orientación psicoanalítica.....	 28
 Capítulo IV: La transferencia.....	 36
 Capítulo V: La psicoterapia con orientación psicoanalítica en el ámbito hospitalario.....	 45
- Casuística.....	47
• Caso 1.....	48
• Caso 2.....	51
 Conclusión.....	 54
 Bibliografía.....	 57

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo se creó con la premisa que al psicólogo clínico con orientación psicoanalítica se le presentan alcances y limitaciones en la realización de su trabajo en el ámbito hospitalario; las prácticas clínicas pre-profesionales se efectuaron en el área de neurología del hospital regional del IESS “Teodoro Maldonado Carbo” durante el período comprendido de mayo del 2011 a enero del 2012.

En una institución hospitalaria, el psicólogo clínico se topa con un límite. No se cuenta con un espacio físico en el área de hospitalización para entrevistar a pacientes y/o familiares entonces se debe trabajar en las habitaciones, o en corredores, o escaleras, o cualquier espacio disponible para realizar tal tarea. Asimismo se cuenta con un tiempo limitado pues depende del alta médica. Además el staff médico ubica al paciente como un diagnóstico, como un número de carnet sin considerar su condición de sujeto. Es por ello que el trabajo del psicólogo clínico es fundamental, pues se hace cargo de ese sujeto, excluido por el saber científico. Otra limitación es que en la mayoría de los casos, el paciente es derivado por el médico, lo que quiere decir que no tiene una demanda propia; entonces el psicólogo clínico deberá comenzar a crear la demanda, al mismo tiempo que trata de establecer la transferencia.

El propósito del documento es demostrar que gracias a la teoría psicoanalítica se logra establecer las técnicas psicológicas necesarias, a ser implementadas en el ámbito hospitalario.

Para lograr este objetivo se comenzó haciendo una definición de las enfermedades neurológicas, que se presentaron en el área de neurología, con la finalidad de mostrar cuales eran las semiologías clínicas más recurrentes en el área.

Del mismo modo, se integraron tres ejes fundamental del psicoanálisis; el sujeto, que se estructura a partir de un proceso en relación al deseo del Otro; la palabra, desarrollada desde la premisa que el inconsciente está estructura como lenguaje; y la transferencia cómo fenómeno central en la teoría psicoanalítica que al establecerse posibilita una direccionalidad en la cura.

Por último, el trabajo intenta dar cuenta de las terapias utilizadas; haciendo hincapié en la terapia con orientación psicoanalítica, también se incluyó casuísticas que permiten ejemplificar los conceptos teóricos psicoanalíticos utilizados.

Para culminar, se espera que el presente documento sea un aporte para las futuras generaciones que se aprestan a realizar sus prácticas clínicas pre-profesionales, y a todo aquel individuo que le interese trabajar en las instituciones hospitalarias desde el marco teórico psicoanalítico.

Capítulo 1:

Enfermedades del sistema nervioso

El sistema nervioso se encarga de controlar, coordinar y regular las actividades del cuerpo, es el responsable de enviar mensajes a los músculos para producir movimientos, también recibe e interpreta la información de los sentidos para la interacción con el medio ambiente.

El sistema nervioso consta de tres partes principales. En primer lugar, está el sistema nervioso central (a menudo llamado SNC), que está formado por el encéfalo y la médula espinal. En segundo lugar, está el sistema nervioso periférico (SNP), que lleva mensajes al sistema nervioso central y a todas las otras partes del cuerpo y viceversa a través de los nervios. Finalmente, está el sistema nervioso autónomo, que controla el funcionamiento automático del cuerpo. (Evans, Enciclopedia médica familiar, 1987 : 188)

La evolución ha conseguido que en los seres humanos, el sistema nervioso cuente con un cerebro bien organizado y una médula contenida dentro de un conducto formado por vértebras que mantiene interacción, inmediata, con los órganos mediante la ramificación de nervios que se encuentran distribuidos en el cuerpo humano.

La totalidad de su función radica en que permite al humano controlar el funcionamiento y movimiento de los músculos, la función de los órganos sensoriales y comandar las emociones y pensamientos de manera consciente; a su vez realiza funciones de respiración, alimentación, circulación, entre otras de modo autónomo.

Las enfermedades del sistema nervioso son trastornos del cerebro, la médula espinal y los nervios periféricos; en conjunto, estos órganos controlan, dirigen y relacionan todas las funciones del cuerpo; al existir algún tipo de alteración que esté por fuera de lo psíquico, y que corresponden a lesiones es posible que el individuo tenga dificultad para moverse, hablar, tragar, respirar o aprender.

- Cerebro

El cerebro forma parte del encéfalo y es lo más importante del sistema nervioso central, a su vez está protegido por las tres meninges: duramadre, aracnoides y piamadre.

Ocupa las nueve décimas partes de la capacidad de la cavidad craneal, su color es blanco nacarado, mide en términos promediales 17 centímetros de longitud por 13 centímetros de ancho, y pesa aproximadamente 1.180 gramos en el varón y 1.080 en la mujer.

Presenta pliegues o surcos y circunvoluciones. Un profundo surco, dirigido de adelante hacia atrás, llamado cisura interhemisférica, divide al cerebro en dos partes iguales, una derecha y otra izquierda llamadas hemisferios cerebrales.

El hemisferio derecho controla el lado izquierdo del cuerpo y a su vez el hemisferio izquierdo controla el lado derecho; cada hemisferio está formado por cuatro lóbulos llamados frontal, parietal, temporal y occipital.

En los lóbulos se encuentran localizadas determinadas funciones que corresponden a centros nerviosos.

Los centros motores son los encargados de controlar los movimientos del cuerpo, se localizan a lo largo del lóbulo frontal de cada hemisferio, administran los diferentes grupos musculares.

Los centros sensitivos son los encargados de recibir las informaciones de los estímulos aplicados en diferentes zonas del cuerpo, se encuentran a lo largo del lóbulo parietal de cada hemisferio, es donde se produce el acto reflejo de la defensa.

Los centros sensoriales son los que reciben la información de los estímulos captados por los órganos de los sentidos; el olfato y la audición se encuentran en el lóbulo temporal, la visión localizada en el lóbulo occipital y el gusto pertenece al lóbulo ténporo occipital hallándose en cada hemisferio.

Mientras que las grandes áreas de los lóbulos frontales tienen funciones no muy específicas, se las atribuye al centro del lenguaje, la personalidad y las actitudes emocionales. Diferenciándose de los otros centros, éste solo se encuentra en el hemisferio cerebral izquierdo, sin embargo, en los zurdos se hallan en el hemisferio cerebral derecho.

Estos centros están tan cerca unos de otros que la enfermedad, lesión, tumor o herida de un área frecuentemente afectan a las otras.

- Médula espinal

La médula espinal es la porción del sistema nervioso que se encuentra contenida en el interior de la columna vertebral, está rodeada por las meninges, se extiende del cerebro al iniciarse en el agujero occipital y termina en la segunda vértebra lumbar.

La médula consiste en un largo tallo cilíndrico aplanado de adelante hacia atrás, de aproximadamente 45 cm de longitud por 1,3 cm de diámetro en el adulto. Presenta dos engrosamientos, el primero en la parte superior a nivel del cuello y el segundo al finalizar en la región lumbar.

De arriba hacia abajo se diferencian cuatro zonas: cervical, torácica, lumbar y sacro-coccígea; de cada zona se desprenden los nervios raquídeos.

Con un corte seccional, en su interior la médula presenta en el centro la sustancia gris ubicada en forma de H con astas anteriores y posteriores y la

substancia blanca que la rodea. La sustancia gris contiene las células nerviosas, mientras que la sustancia blanca está formada de fibras nerviosas que transmiten la información a las células más arriba en la médula espinal o en el cerebro.

La médula espinal tiene como funciones principales el de conducir los impulsos nerviosos del sistema nervioso periférico al encéfalo y ser el centro de la mayoría de los reflejos.

En el interior de la médula espinal está contenido el líquido cefalorraquídeo, sirve de indicador pues se vuelve turbio frente a una infección o cuando hay una hemorragia cerebral se vuelve rojo y en todo caso aporta al diagnóstico médico.

- Nervios periféricos

De la médula espinal salen 31 pares de nervios que se ramifican para llegar a todas las partes del cuerpo llamados nervios espinales que se dividen en 8 cervicales, 12 dorsales, 5 lumbares y 5 sacras.

Estos nervios son mixtos, los nervios motores salen de la parte central de la médula en su rama anterior que inerva las regiones anteriores y los nervios sensoriales se unen a la médula en su rama posterior que inerva las regiones posteriores. La parte del nervio donde se une a la médula espinal pasa a través de o entre las vértebras.

Si existe alguna lesión, trauma o corte en la raíz sensitiva de un nervio, el individuo pierde la sensibilidad total o parcial en el órgano inervado por ese nervio, a su vez si existe alguna lesión, trauma o corte en la raíz motriz, el individuo sufre parálisis muscular total o parcial del órgano inervado por ese nervio. Si se cortan toda conexión con ambas raíces se pierde totalmente la sensibilidad y el movimiento.

Enfermedades del sistema nervioso

Las prácticas pre-profesionales se realizaron en el área de neurología en el hospital regional del IESS "Teodoro Maldonado Carbo" con pacientes que ingresaban por tener algún tipo de trastorno en el sistema nervioso.

En general, existen más de 600 enfermedades que corresponden al sistema nervioso, pero, en este trabajo se mencionaran aquellas alteraciones que manifestaban los pacientes con los cuales se realizaron intervenciones psicológicas.

Dependiendo donde se localice la alteración del sistema nervioso, dará las pautas para comenzar la investigación del lugar específico sea en el cerebro, médula espinal o nervio periférico que permita a la clínica neurológica vislumbrar cuales son las sintomatologías para emprender el tratamiento eficaz.

Además la constitución de los diferentes órganos y el modo de relación nos permite comprender porque cada una de las millones de ramificaciones tiene su función especial y la enfermedad del sistema nervioso tendrá su incidencia inmediata en un lugar del cuerpo.

- Patologías vasculares

Las patologías vasculares son procesos patológicos que compromete los vasos sanguíneos, al existir una anomalía o bloqueo de las arterias que suministran la sangre oxigenada a una parte del cerebro, esa parte dejará de funcionar y las células afectadas pueden morir si la carencia de oxígeno continua por más de cinco minutos; por lo general se presenta en la población adulta mayor de 65 años, pero las persona jóvenes pueden sufrir este tipo de ataques.

Los síntomas asociados a la patología son ceguera y sordera parciales, visión doble, mareo, incapacidad para reconocer partes del cuerpo, desequilibrio y desmayo.

Accidente cerebro vascular

Un accidente cerebro vascular (ACV), ictus cerebral, apoplejía, golpe o ictus apoplético, ataque cerebro vascular o ataque cerebral es la pérdida de funciones cerebrales producto de la interrupción del flujo sanguíneo al

cerebro y que origina una serie de síntomas variables en función del área cerebral afectada presentándose en el paciente síntomas del lado opuesto a la lesión.

Un coágulo causa un bloqueo al existir un taponamiento de la pared de las arterias debido a la grasa, el colesterol y otras sustancias que se acumulan o un coágulo formado por alguna parte del sistema sanguíneo y que ha viajado hasta el cerebro, produce que un vaso sanguíneo en la pared del cerebro se debilite y se rompa, provocando que la sangre se escape hacia el cerebro.

Hemorragia cerebral

La hemorragia cerebral ocurre en las personas mayores cuyas arterias cerebrales han estado sometidas a una prolongada tensión arterial alta. La arteria se rompe en el interior del cerebro y el tejido es dañado por la inundación de sangre a gran presión; el paciente pierde el conocimiento y puede morir en unos pocos minutos. Si el paciente sobrevive al ataque inicial, un coágulo de sangre se forma en el cerebro y la incrementada presión dentro del cráneo hace que la hemorragia se detenga.

Si se descuida la hospitalización, las áreas del cerebro afectadas por la hemorragia son dañadas y tienen tendencia recurrente, a veces con episodios múltiples en períodos de meses o años.

Infarto cerebral

Cuando se cierra el paso de la sangre a determinadas partes del cerebro y se obstruye la circulación sanguínea lo que se produce es la muerte de fragmentos de la masa encefálica dando origen al infarto cerebral.

Este padecimiento es de inicio repentino y, por lo regular, dura entre 2 y 30 minutos; sus síntomas se presentan según la parte del cerebro que haya quedado desprovista de sangre y oxígeno, no obstante, estos episodios llegan a presentarse en repetidas ocasiones, riesgo que se incrementa conforme se envejece, al padecer hipertensión, arterosclerosis, enfermedad del corazón, diabetes, exceso de glóbulos rojos o leucemia.

- Enfermedades desmielinizantes

Las enfermedades desmielinizantes son aquellas en las que el proceso patogénico principal está esparcido en el cerebro y parcialmente también en la médula espinal causado por el ataque del sistema inmunitario contra la vaina de mielina de los nervios.

Ocasionalmente comienzan con una pérdida de la visión de un ojo, otros síntomas incluyen la visión doble, cosquilleos o insensibilidad en una de las extremidades, inseguridad al andar o parálisis de las piernas.

Esclerosis múltiple

La esclerosis múltiple está relacionada con la pérdida de la mielina que cubre las fibras nerviosas. Es más frecuente en mujeres que en los hombres y normalmente surge entre treinta y cuarenta y cinco años de edad.

Los primeros síntomas desaparecen a las pocas semanas o meses, pero vuelven a aparecer a lo largo de los años; este ciclo de recuperación y recaída puede prolongarse, pero suele darse una tendencia a la invalidez parcial o total.

Esclerosis lateral amiotrófica

La esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad de las neuronas en el cerebro y la médula espinal que controlan el movimiento de los músculos voluntarios, las células nerviosas se desgastan o mueren y ya no pueden enviar mensajes a los músculos, lo cual finalmente lleva al debilitamiento muscular e incapacidad para mover los brazos, las piernas y el cuerpo.

Los síntomas generalmente no se presentan hasta después de los 50 años, pero pueden empezar en personas jóvenes. La esclerosis lateral amiotrófica no afecta los sentidos (vista, olfato, gusto, oído y tacto), aunque la afección empeora lentamente al tener una pérdida de la fuerza muscular y la coordinación que finalmente empeora e imposibilita la realización de actividades rutinarias.

- Patologías episódica o paroxística

Las patologías episódicas o paroxísticas se caracterizan por ataques de desequilibrio a causa de factores como el estrés, la fatiga o factores externos que perturben el patrón normal de la actividad de las neuronas, del cerebro o del tronco encefálico, provocando la pérdida repentina o episódica del control muscular y confusión en tiempo y espacio.

Cefalalgia

La cefalalgia o dolor de cabeza es un síntoma muy frecuente con muchas posibles causas, suele producirse por malas posturas, contracturas musculares o estrés. Mejora mucho con la actividad física y la relajación.

El tejido cerebral en sí mismo no puede sentir dolor, pero las membranas que rodean el cerebro y las arterias que pasan por éste, pueden ser fuentes de dolor si se infectan, inflaman o hinchan anormalmente.

Epilepsia

La epilepsia es un trastorno del cerebro en el que se da una tendencia a sufrir ataques o convulsiones. Se caracteriza por la alteración de la función cerebral y producen cambios en la atención o el comportamiento y están dadas por una excitación eléctrica anómala del cerebro. Algunas personas con epilepsia tienen una sensación extraña como hormigueo, sentir un olor

que realmente no existe o cambios emocionales antes de cada convulsión que se denomina aura.

Los síntomas varían de una persona a otra. Algunas personas pueden tener simples episodios de ausencias, mientras otras tienen pérdida del conocimiento y temblores violentos. El tipo de convulsión o crisis epiléptica depende de la parte del cerebro afectada y la causa de la epilepsia. La mayoría de las veces, la convulsión es similar a la anterior.

- Patología de la unión neuromuscular y músculo

La unión neuromuscular es la unión entre el axón de una neurona de un nervio motor y un efector, que en este caso es una fibra muscular.

La característica principal es una debilidad muscular que aumenta durante los períodos de actividad y disminuye después de períodos de descanso. Ciertos músculos, tales como los que controlan el movimiento de los ojos y los párpados, la expresión facial, el masticar, el habla y el deglutir a menudo se ven afectados. Los músculos que controlan la respiración y los movimientos del cuello y de las extremidades también pueden verse afectados.

Miastenia gravis

La miastenia gravis es una enfermedad neuromuscular autoinmune porque el sistema inmunológico, que normalmente protege al cuerpo de organismos externos, se ataca así mismo por error.

Es causada por un defecto en la transmisión de los impulsos nerviosos a los músculos. Ocurre cuando la comunicación normal entre el nervio y el músculo se interrumpe en la unión neuromuscular, el lugar en donde las células nerviosas se conectan con los músculos que controlan debido a que los anticuerpos bloquean, alteran o destruyen los receptores evitando que ocurra la contracción del músculo.

- Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central

El cerebro, la médula y los nervios periféricos también pueden verse infectados e inflamados. Cuando el cerebro es el afectado recibe el nombre de encefalitis, a la existencia de un trastorno irritativo en las meninges se llama meningitis y la infección de la médula será mielitis y la de los nervios, neuritis.

Se produce parálisis, insensibilidad, deterioro mental, entumecimiento, ceguera y sordera. Aunque la recuperación es posible, algunas de estas infecciones pueden ser mortales o producir incapacidad permanente.

Meningitis

Es la inflamación de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal. Los síntomas incluyen cefalea en la parte frontal de la cabeza o en toda ella. También suele presentarse dolor en la espalda y en las extremidades así también fiebre y vómito.

Las bacterias son una causa frecuente de meningitis al provenir de alguna parte del cuerpo, o como ocurre con los virus puede ser el único síntoma de la infección.

Si es a causa de bacterias se deben utilizar los antibióticos apropiados y en la meningitis viral, el paciente debe descansar mucho y estar bien cuidado además estar vigilante a posibles complicaciones que pudieran surgir para tratarlas inmediatamente. La mayoría de los pacientes se recupera satisfactoriamente.

Capítulo 2:

El sujeto en psicoanálisis

El psicoanálisis da cuenta de la existencia del sujeto pues se encuentra en falta, al momento de haber sido inmerso en el mundo del lenguaje perdió algo por tanto se constituye como sujeto deseante.

Durante los primeros años de vida del ser humano necesitará la ayuda de un Otro, que suele ser la madre para dar contestación a los llamados que emane, al recibir respuesta se asienta en su ser una satisfacción inolvidable que se inscribe como huella y comienza a desear a ese objeto mítico originario que es irrecuperable.

La clave para constituirse como sujeto radica en el pasaje de la castración donde tiene lugar la función del significante fálico como carencia en el infante y a su vez como privador de aquel objeto mítico, lo adentra al mundo del lenguaje que le da forma al deseo y comienza a experimentar, en su vida adulta, placer parcial a través de sustitutos de aquel objeto extraviado.

¿Cómo se estructura el sujeto?

El sujeto debe pasar por un proceso evolutivo que va marcando su existencia. Los siguientes puntos teóricos que se enfocan son los más importantes del psicoanálisis pues abordan la constitución del sujeto.

Cuando un bebé viene al mundo nace sin inhibiciones y muy enlazados con sus necesidades físicas y biológicas llamada 'sexualidad infantil' o 'primera infancia' es muy común ver a pequeños que tocan su cuerpo pues esto les produce excitación; pero, esta conducta es inaceptable en la sociedad, al ser pequeños se topan con las demandas morales que condenan y van inscribiendo diques que se alzan para evitar dicha tendencia, el respeto a estos límites permite consolidar la vida sexual normal del adulto donde la obtención de placer debe pasar por la función reproductora mediante la pulsión del objeto libidinal exteriorizado en el otro.

En los primeros años de vida de los seres humanos, el objeto libidinal se encuentra en el propio cuerpo, ubicado en las zonas erógenas (boca, ano, sexo genital), aislados unos de otros obteniendo satisfacción de manera independiente del mundo exterior. Lacan añadió, años después, a estos objetos pulsionales, el objeto mirada y el objeto voz.

Antes del comienzo de la organización de las zonas genitales, en que el individuo accede al placer a través de un objeto sexual exterior, nos encontramos con las organizaciones pregenitales que dan cuenta de sus existencia por las marcas posteriores en la elección de objeto.

Para abordar esta temática nos remitiremos a lo expuesto por Freud en “Tres ensayos para una teoría sexual” (1905). Allí plantea la existencia de tres organizaciones pregenitales.

La primera de estas organizaciones pregenitales es la *oral* o, si se quiere, *caníbal*. En ella, la actividad sexual no está separada de la absorción de alimentos [...] La actividad alimenticia ha sustituido el objeto exterior por uno del propio cuerpo (chupeteo del pulgar).

Una segunda fase es la de la organización *sádico-anal*. En ella, la antítesis que se extiende a través de toda la vida sexual está ya desarrollada; pero no puede ser aún denominada *masculina* y *femenina*, sino simplemente *activa* y *pasiva*. La actividad está representada por el instinto de aprehensión, y como órgano con fin sexual pasivo aparece principalmente la mucosa intestinal erógena.

La síntesis de los instintos parciales [representación psíquica de una fuente de excitación] y su subordinación a la primacía de los genitales no se verifica en la niñez, o sólo se verifica muy imperfectamente. La formación de esta primacía en aras de la reproducción, es, por tanto, la última fase de la organización sexual. (Freud, Tres ensayos para una teoría sexual, 2008 : 1210)

Sabiendo la historia sexual del sujeto, se confirma la idea que cuando una zona erógena es representada por el objeto pulsión, producto de esto, encontramos, en la edad adulta, angustia, debido a que para mantener un

equilibrio es esencial que el síntoma, formación del inconsciente, aparezca como soporte de la represión para permitir que algo del goce se cumpla sin comprometer la realidad que cubre al sujeto.

- Estadio del Espejo

Resulta imperativo retomar los escritos más celebres sobre este tema, “El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia analítica” (1949) escrito por Lacan, siendo su primera intervención de psicoanálisis, desarrolla la teoría del registro de lo imaginario.

Lacan nos hace comprender, mediante la observación del comportamiento típico de los infantes y junto a la psicología comparada, la diferencia entre la cría humana que superando en inteligencia al chimpancé logra reconocer su imagen en el espejo.

El infante es pura satisfacción percibida como fragmentada, sólo existe placer de comer, de dormir, de defecar, de tocar entre otros; pero entre los 6 y 18 meses de edad se llenará de júbilo pues experimenta que los movimientos que le producen satisfacción en su cuerpo están en relación con la imagen reflejada en el espejo; cae sobre él, el reconocimiento de su propio ser, inclusive registra el ambiente en que se encuentra.

El valor constituyente de la formación del yo está determinado por las peculiares condiciones del infante, en esa edad se encuentra en la etapa de lactancia y al descubrirse como todo total entra en el registro de lo imaginario.

El infante puede quedar atrapado en la relación virtual y cuando la madre aparece hace que esta relación especular se rompa e ingrese en la dimensión simbólica al decirle “ese eres tú”; sigue la mirada de su madre buscando eso que ella desea, en efecto el lugar que el Otro simbólico otorgue al infante en su deseo sostendrá la formación del yo.

En definitiva, el sujeto se forja por la necesidad de ocupar un lugar en el deseo del Otro que responde a sus primeras demandas y que se ha vuelto indispensable para él, el reconocimiento es lo que permite identificarse pues le asegura su propia imagen.

- Complejo de Edipo

Fue una de las primeras teóricas expuestas por Sigmund Freud; en el período sexual infantil ocurre un fenómeno de validez universal, el complejo de Edipo, que se entiende como el operador estructural de la teoría pulsional, coincide con la fase fálica entre los 3 y 6 años y finaliza entrando a la fase de latencia, consiste en el deseo sexual o amoroso del infante hacia el progenitor del sexo opuesto que rivaliza con el progenitor del mismo sexo por

continuar manteniendo la relación intacta frente a una amenaza de castración al perder el genital sexual (falo) de su cuerpo.

Aunque es un fenómeno que aparece en los seres humanos en sus primeros años de vida, no significa que tenga igual evolución en ambos sexos; la estructura edípica infantil, tanto de niñas y niños se realiza asimétricamente.

La conflictiva edípica debe ser resuelta para posibilitar el desarrollo sexual del infante, sucumbir a la represión y enseguida ingresar al período de latencia para que el infante llegue a ser un ser humano completo con necesidades sexuales aceptadas por la cultura.

El desarrollo sexual infantil se encuentra en la fase fálica donde el órgano genital se ha adjudicado el papel principal, todo infante pensará y aceptará la existencia de un sólo sexo, el suyo, por ende jamás sospechará la falta de este órgano genital en algún humano. La idea de los niños y niñas es que ambos sexos poseen el mismo aparato genital, el masculino, suponiendo que el pene se le ha extraviado a la mujer, confirmando a posteriori que no lo posee.

En los niños, la angustia de castración da inicio a la disolución del complejo de Edipo; el objeto de amor es su madre por tanto desea mantener intacto su afecto tierno y su admiración mientras que el padre es visto como un rival que puede atormentar tan perfecta relación.

Frente a esta encrucijada al niño se le otorgará dos posibles vías de salida, una activa y otra pasiva. Frente a la activa el niño renuncia al objeto de su

amor, se identifica al padre para poder amar a una mujer tal como él trata a su madre afirmando así la masculinidad y conservando su falo.

Del lado pasivo al niño no le interesa renunciar a su madre, por ende se identifica con ella sucumbiendo a la amenaza de castración, sustituye a la madre y se hace amar por el padre.

No obstante ambas posibilidades terminan con la amenaza de castración puesto que conlleva la pérdida del pene, la primera masculina como castigo y la segunda femenina como condición. El conflicto entonces inicia entre sus intereses narcisistas por su pene y la investidura de los objetos parentales, por tanto el temor a la pérdida lleva al niño al abandono del complejo de Edipo, reprimirlo y frente a la prohibición severa del incesto que hace el padre donde la libido quede desexualizada y sublimada permite iniciar el período de latencia.

A diferencia, la niña entra al complejo de Edipo a través del complejo de castración. La relación madre-hija precede al complejo y es la rivalidad con el padre lo que predomina, durante este vínculo libidinoso la niña pasa las fases previas al Edipo. Ante el saber de que la madre no posee el falo, la niña la hace responsable de su falta de pene y es el padre quién se presenta como objeto de amor portador del falo, aparece la envidia al pene.

El descubrimiento de su castración producen tres posibles salidas para el desarrollo sexual, la primera es la inhibición de la sexualidad, la segunda será el complejo de masculinidad pues al no tener pene supone llegar a

tenerlo y la tercera salida sería la feminidad normal identificándose a la madre para acceder al conocimiento de lo que significa ser deseada por un hombre.

El complejo de Edipo en la niña culmina con el deseo inconsciente durante mucho tiempo de concebir un hijo varón del padre como regalo.

Durante la fase fálica en ambos sexos se experimenta el encuentro con la castración por consiguiente es inevitable la disolución del complejo de Edipo ya que cualquiera que sea su neurosis ulterior, las identificaciones realizadas en este período son siempre duraderas y van marcando la primicia de las futuras elecciones del objeto sexual exterior.

- Metáfora paterna

Para Lacan la constitución subjetiva está dada por la estructura dinámica del nudo borromeo, organizada en tres registros lo Real, lo Imaginario y lo Simbólico; al proponer la metáfora paterna, en sus primeros años de enseñanza, lo hace mediante la concepción del padre como portador de la ley en el complejo de Edipo, mismo que se compone de cuatro términos; madre, hijo, padre y falo.

Pero, ningún padre real o imaginario bastará para cumplir la función debido a que se trata de una ley simbólica, la ley del significante en donde el falo se presenta como la falta en la estructura edípica. Entonces, en la metáfora

paterna el significante fálico es el significante central de todo el complejo edípico que origina las diferentes estructuras clínicas.

Cuando Lacan expone dentro del seminario V la clase de la metáfora paterna (1958), revela como se produce la fórmula de la metáfora paterna.

La función del padre en el complejo de Edipo es ser un significante sustituido al significante, es decir, al primer significante introducido en la simbolización, el significante maternal. Es por eso que el padre viene, según la fórmula [...] de la metáfora, viene al lugar de la madre: S en lugar de S', que es la madre, la que está ya ligada a algo que era x, es decir algo que era el significado en la relación del niño a la madre. (Lacan, Clase 9. La metáfora Paterna I, 2011)

La fórmula de la metáfora del Nombre del Padre provoca la ausencia de la madre, por tanto su separación.

$$\frac{\text{Nombre del Padre}}{\text{Deseo de la Madre}} \cdot \frac{\text{Deseo de la Madre}}{X} = \frac{\text{Nombre del Padre}}{-e}$$

Existen tres tiempo lógicos en está tríada madre-hijo-falo; alineación, interdicción e identificación.

El primer tiempo, la alineación surge con la díada entre madre-hijo, el infante sólo vale para la madre como respuesta a la envidia del pene convirtiéndose

en el objeto de su deseo que la completa imaginariamente, es su falo; mientras que la madre para el infante aparece en el momento oportuno para satisfacer sus necesidades, se presenta como todopoderosa entonces la simboliza convirtiéndola en su madre simbólica.

El segundo tiempo, la interdicción, se da con la presencia del padre que representa la función paterna, realiza un corte, acto dentro de la ley, se exhibe ante la madre con *no introyectarás tu producto*, permitiendo que el infante logre salir de aquel acoplamiento con su madre, de aquella relación mortífera ya que al no estar castrada se presenta como omnipotente por tanto corre el riesgo de quedar atrapado en ese lugar de objeto completando a la madre.

En la psicosis lo que ocurre es un fracaso en la metáfora paterna con forclusión del Nombre del Padre, el psicótico queda ubicado en el lugar del objeto de la madre, por tanto el borramiento de este significante primordial da como consecuencia un efecto en lo simbólico, donde el sujeto permanecerá como objeto que responde a las exigencias de Otro.

El tercer tiempo, la identificación donde el padre muestra que no es el falo pero que lo puede tener confirmando que no es la ley sino que la trasmite y también se ve sometido a ella. La función del Nombre del Padre da lugar a que la madre se prive de su objeto fálico y a que el infante renuncie a ser el falo de la madre, entonces logra ingresar al mundo del lenguaje, de la cultura, de las identificaciones.

A la pérdida del objeto de su amor, el infante entra en la dimensión del deseo y se convierte en sujeto deseante, tachado, pues cae algo de su goce que únicamente se logra recuperar en pequeñas fracciones; su estructura es la neurosis pues lo más importante es satisfacer o no satisfacer la demanda del Otro en tanto rememore aquel momento olvidado, previo al período de latencia, en el cual era un ser completo con satisfacciones que involucraban a su propio cuerpo.

Capítulo 3:

La palabra como instrumento de trabajo en la psicoterapia con orientación psicoanalítica

La palabra, para muchos, constituye cada uno de los segmentos limitados por pausas o espacios en la cadena hablada o escrita, que puede aparecer en diferentes posiciones.

Esta definición es muy simple en comparación con lo que muestra la realidad y se podría especular que su función básica será la de expresar fonéticamente los pensamientos, pero, aún en ellos se sigue pensando mediante palabras; entonces es natural razonar que la palabra pertenece a un mundo mucho más amplio, que se encuentra inmersa en el lenguaje ya que es hablada por una población en algún determinado punto geográfico por tanto sirve para la comunicación entre los seres hablantes.

Precisamente, la lingüística enfatiza la capacidad que tienen los seres humanos para comunicarse; no será hasta la publicación póstuma en 1916 que hicieron dos discípulos de Ferdinand de Saussure al recopilar apuntes que se basaban en la cátedra que impartía sobre el “Curso de lingüística general” donde se aprecia un estructuralismo lingüístico al provisionar una nueva concepción, la cual tiene su objeto de estudio en el sistema lingüístico,

es decir; en la lengua y el habla, donde estos elementos se relacionan entre sí formando una estructura.

Esta sincronía refleja la noción de sistema o estructura del lenguaje; “por un lado la lengua es la parte social del lenguaje, exterior al individuo, que por sí solo no puede ni crearla ni modificarla; no existe más que en virtud de una especie de contrato establecido entre los miembros de la comunidad” (Saussure, Curso de lingüística general, 2012) y por otro lado el habla es la parte individual del lenguaje. Ambos están ligados pues la lengua es necesaria para que el habla sea entendible y produzca los efectos de la comunicación, a su vez el habla es necesaria para que los signos de la lengua se establezcan.

La lengua para Saussure consiste en un sistema semiótico abstracto, mental y psíquico formado por signos lingüísticos que son la combinación de un concepto y de una imagen acústica que se unen en el cerebro mediante un enlace asociativo.

El concepto es abstracto, es la definición por excelencia aceptada por todos los seres hablantes, es decir, la significación que tiene la palabra y por ende será reemplazado por el significado; la imagen acústica, a su vez, no es el sonido material sino la huella psíquica o imagen sensorial que se percibe mediante los sentidos y será reemplazada por el significante.

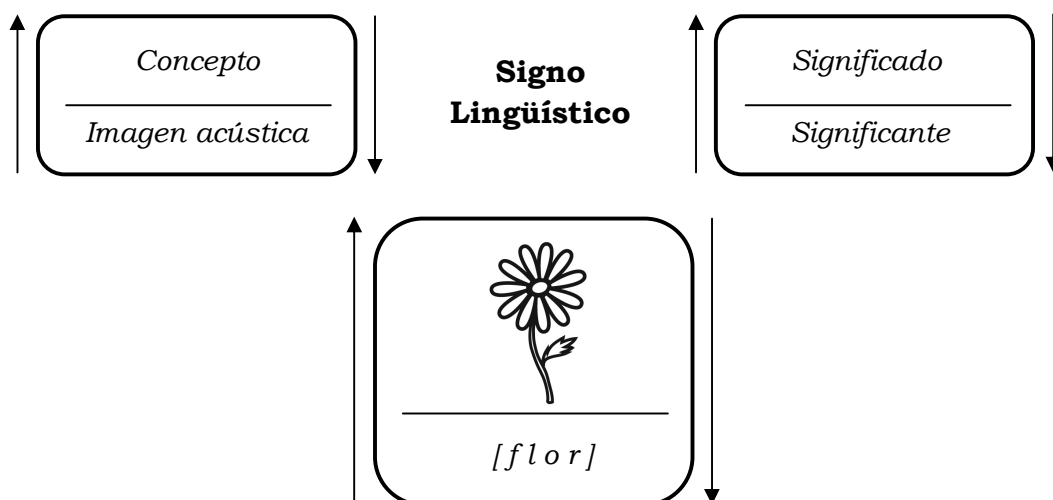
El carácter psíquico de nuestras imágenes acústicas aparece claramente cuando observamos nuestra lengua materna. Sin mover los labios ni la

lengua, podemos hablarnos a nosotros mismos o recitarnos mentalmente un poema [...] Este término, que implica una idea de acción vocal, no puede convenir más que a las palabras habladas, a la realización de la imagen interior en el discurso. Hablando de sonidos y de sílabas de una palabra, evitaremos el equívoco, con tal que nos acordemos de que se trata de la imagen acústica. (Saussure, Curso de lingüística general, 2012)

Por eso, al escuchar una lengua diferente a la que se emplea para la comunicación, lo que sucede es que al no tener registro de ninguna huella psíquica de aquel sonido material que es percibido por los sentidos, es imposible asociarlos con conceptos y por ende comprenderlos.

El signo lingüístico es entendido como una entidad psíquica que sustenta a la comunicación, además está representado por dos facetas significado y significante que se reclaman recíprocamente.

Se lo representa así:



Todo esto da constancia que para Saussure el lenguaje es una institución social. Las gráficas demuestran que los signos adquieren su función y significación de manera arbitraria a través de la práctica social y el intercambio humano. Cada signo está interconectado formando la estructura del lenguaje y se reviste de cierta inmutabilidad puesto que su uso se impone en un momento dado de la evolución de una lengua y al ser aceptada socialmente adquiere estabilidad en la cultura.

No obstante, este algoritmo de Saussure fue modificado por Jacques Lacan cuando comienza a desarrollar su propia teoría del significante en psicoanálisis, aquí, se implica la idea de la desvalorización del significado.

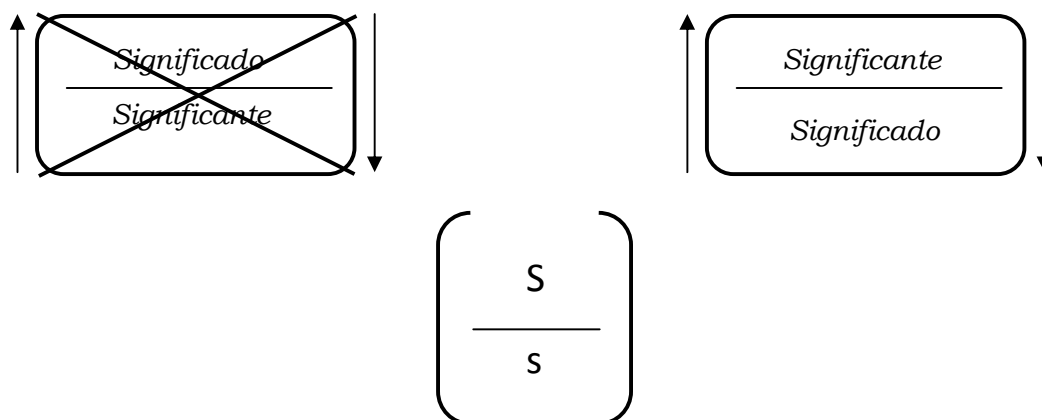
Es imprescindible insistir que el psicoanálisis parte de una experiencia con la palabra, no consiste ni en la realización estadística de un censo de lo normal o anormal, ni en la descripción del funcionamiento de la inteligencia. Esto es algo que no se debe olvidar, a diferencia de las ciencias exactas que buscan regular el funcionamiento de sus factores; en psicoanálisis la dimensión interpretativa y de significación nunca se pueden agotar, por tanto la utilización de matemáticas puede aportar al entendimiento teórico sin tener que generalizar la labor del psicoanalista a todos los casos durante el proceso analítico.

Retornando al planteamiento anterior, Lacan formula que las leyes del inconsciente son equiparables a las leyes del lenguaje, es decir, el inconsciente está estructurado como la estructura del lenguaje de Saussure;

el infante al advenir al mundo está irremediabilmente inmerso en el lenguaje, para él las palabras de los otros son indescifrables puesto que no tiene registro de los signos.

La clínica psicoanalítica nos enseña claramente que la fonética de las palabras son oídas en los primeros años de vida del ser humano y a lo largo de la existencia se les irá otorgando una significación, muchas de estas quedarán en el inconsciente que le van permitiendo al sujeto ir construyendo su cadena significante donde todo tiene sentido. El significante será representado por la lógica que cada individuo le quiera otorgar.

En la concepción de Lacan desaparece el paralelismo de Saussure y formula un nuevo enfoque del signo lingüístico, o dicho de otra manera, le otorga un nuevo ordenamiento donde hará que el significante preceda al significado; quitando el círculo y las flechas que indican la relación de las variables, invirtiendo el orden de los signos e indicando que se lee significante sobre significado, origina que la barra que los separa no produzca la significación pues el ser hablante está totalmente separado de la estructura del lenguaje.



Con esto da cuenta que el lenguaje y el inconsciente son factores determinantes de la existencia humana. Lacan dirá: “lo que hay que decir es: no soy, allí donde soy el juguete de mi pensamiento; pienso en lo que soy, allí donde no pienso pensar” (Lacan, La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud, 2012).

Se comprende que cuando a inconsciente se trate, no se aplica la relación establecida por Saussure entre significado y significante, pues se sabe que aunque el hombre es un ser racional con conciencia sobre sí mismo, ésta es sólo una porción de su existencia humana y que los contenidos del inconsciente son desconocidos para su consciencia.

Pero, ¿de qué contenidos hablamos? ¿cómo se van organizando en la construcción del sujeto? Ya se lo ha mencionado, los significantes van construyendo la cadena significante del sujeto, pero, esto sólo nos lleva a cuestionar ¿qué es un significante en psicoanálisis? La definición más clara la tenemos de Lacan cuando nos dice que un significante es lo que representa a un sujeto para otro significante; es decir, que un significante, aunque no deja de ser una representación mental, sólo va a simbolizarse en tanto se lo asocie a otro significante que de sentido, construyendo la cadena significante o como lo denominaba Freud, la cadena asociativa.

Si el significante es una cadena entonces el inconsciente se ordena a partir de él, el primer significante cambiará de sentido cuando el segundo se formule, a su vez éste cambiará al existir un tercero: $S_1 \rightarrow S_2 \rightarrow S_3 \rightarrow S_n$,

este movimiento se renueva constantemente, pero, la lectura en psicoanálisis se hará por retroacción debido a que esta cadena está implicada en la estructura del lenguaje y es desde ese lugar que se escucharán los dichos del sujeto.

La cuestión es que puede existir un engaño hacia el propio sujeto que desconoce el verdadero sistema que lo determina, el inconsciente. El hablar produce equívocos que implican necesariamente el malentendido. Se conocen que los procesos primarios tanto metáfora y metonimia para Lacan como condensación y desplazamiento para Freud, y también, los fenómenos del lenguaje le sirven al inconsciente para retornar de alguna manera distorsionada o deformada lo reprimido; ya que, precisamente existe algo que no es comunicable, imposible de decir, que está perdido en el lenguaje porque aquel significante no cuenta con significación.

Es así que en la psicoterapia con orientación psicoanalítica se toma como técnica terapéutica la asociación libre, similar a como se efectúa en psicoanálisis con la diferencia de que el intercambio entre el psicólogo y el paciente tiene una relación más libre y la investigación no se centra en la búsqueda de lo más profundo del inconsciente.

El psicólogo clínico promueve el ingreso del paciente a la asociación libre al solicitarle que le comunique todas las ideas o pensamientos que se le vayan ocurriendo sin desprestigiar, criticar o seleccionar alguna, puesto que la

significación de sus dichos sólo a posteriori se descubrirá mediante retroacción en la lectura de los significantes.

En la clínica psicoanalítica lo que intenta el psicólogo es producir efectos de sentido en el paciente mediante su intervención; es necesario, a veces “de ignorancia docta, de la ignorancia de alguien que sabe cosas, pero que voluntariamente ignora hasta cierto punto su saber para dar lugar a lo nuevo que va a ocurrir” (Miller, Introducción al método psicoanalítico, 1997 : 33).

Las palabras pronunciadas por el paciente hacen advenir un saber no sabido a causa de que escucha su propio discurso, lo que antes significaba menos comienza a significar más, verificando que el significante crea significado.

Capítulo 4:

La transferencia

Es un fenómeno central al interior de la teoría psicoanálisis que sirve para obtener resultados cuando se establece entre el analista y el paciente.

Sigmund Freud nos introduce a la conceptualización de la transferencia; comienza sus apuntes a partir de la influencia de los sucesos infantiles de los primeros años de vida olvidados por lo consciente que provocan en el sujeto un conflicto entre las tendencias libidinosas y la represión sexual.

Estos sucesos infantiles olvidados se van a repetir o reproducir durante toda su vida, en tanto las circunstancias no permitan que este conflicto se resuelva y un factor venza definitivamente sobre el otro; si la represión sale victoriosa, la sexualidad buscará su compensación a través de la formación del síntoma, a su vez si las tendencias libidinales vencen, será la represión como mecanismo que se servirá del síntoma. Ninguna solución parece acertada para dar término al conflicto, pues siempre uno de los dos factores quedará insatisfecho. Desde aquí se fija las condiciones con lo que se desempeña el trabajo analítico.

El fin que persigue el analista se expresa de diversas maneras: transformar lo inconsciente en consciente, levantar la represión, llenar las lagunas mnémicas, anular las condiciones para el inicio de la formación de síntomas; todo esto mediante la técnica de la libre asociación al cederle el despliegue

de su discurso al paciente. La utilidad del psicoanálisis consiste en que el sujeto tenga más saber de su inconsciente y menos desconocimiento que antes.

Resulta, así, una labor muy eficaz; pero la realidad nos demuestra que el trabajo analítico no es el de reformar, educar, ocultar la pulsión, pues esto encuentra grandes dificultades en el proceso analítico, limitarse a mostrar los productos inconscientes es insuficiente, ante todo, el analista debe buscar, en los recuerdos del paciente, de qué forma se ha podido construir su fantasma.

Encontrada la represión, se la intenta superar haciendo posible reemplazar lo inconsciente por lo consciente sin mayor contradicción. Pero, levantar la represión no es tarea sencilla; el proceso analítico se inicia desde lo consciente y muchas de las representaciones libidinosas tocan raíces inconscientes, por tanto no es una sorpresa toparse con una región donde se imponga la resistencia.

La experiencia nos ha mostrado ser este el punto en que la transferencia inicia su actuación. Cuando en la materia del complejo (en el contenido del complejo) hay algo que se presta a ser transferido a la persona del médico, se establece en el acto esta transferencia, produciendo la asociación inmediata y anunciándose con los signos de una resistencia [...] De este hecho deducimos que si dicha idea ha llegado hasta la conciencia con preferencia a todas las demás

posibles, es porque satisface también a la resistencia. (Freud, La dinámica de la transferencia, 2008 : 1650)

Desde esta perspectiva, la resistencia que mantiene la represión está latente e intenta evitar que el yo lo reconozca y encuentre; por eso mediante el fenómeno transferencial se puede vencer la resistencia de manera que aquello reprimido del inconsciente sea aceptado por el paciente.

Para el paciente, resulta de gran beneficio el manifestar un particular interés por su analista, crear situaciones realmente absurdas, mantener una relación de ternura y sumisión o de agresividad y rebeldía con el objetivo de desviar la atención de sus propios problemas personales. La transferencia con el analista puede advenir, según Freud, en dos formas distintas siendo transferencia positiva o transferencia negativa, ambas procedentes de fuentes eróticas.

La transferencia positiva está ligada a afectos cariñosos, amistosos, amables, de simpatía que se hallan en la vida del sujeto, pero enlazados a fuentes eróticas; teniendo conocimiento de esto, por muy puros e inocentes que a la percepción se muestren los pacientes, se debe recordar que en sus primeros años de vida se regocijaban al relacionarse con objetos primeros a los que depositaban carga libidinal.

Estos afectos estaban orientados originalmente hacia el padre, la madre, hermanos, cuidadores u otra persona que era significativa en la infancia; ahora, en la edad adulta se preserva aquella afectividad, siendo posible

transferirlos a escenarios actuales. Si la afectividad estuviera dirigida a diferentes personas, el individuo lograría revivir a través de estos vínculos sus antiguos sentimientos o deseos reprimidos; pero, cuando se dirige al analista, la dimensión cambia ya que existe la posibilidad de boicotear el trabajo analítico.

Es imperativo que el analista desde un inicio enfatice cual es el encuadre en el que se realizará el análisis. Es factible que en el proceso analítico, el paciente dirija afectividad al analista que pudiera transformarse en romance y probablemente en declaraciones abiertamente, sea hombre o mujer, de enamoramiento; si esto llegase a ocurrir se debe realizar una investigación para determinar si aquellos afectos expresados son producto de la situación analítica para evitar comunicar o recordar un fragmento intensamente reprimido de su historia, o encierran un enamoramiento verdadero.

En todo caso, es preciso que el analista evite aceptar el amor que le es ofrecido y corresponderlo pues pudiera iniciar una relación ilegítima y pasajera en que el paciente perderá todo interés del análisis, los síntomas que antes aquejaban desaparecerán y comenzará a declarar que está curado, tampoco debe desviarlos o intentar disuadirlos pues toda esta situación es un paso que se debe atravesar para solidificar la transferencia.

La transferencia negativa está ligada a afectos hostiles y de enojo hacia el analista, los obstáculos verdaderamente significativos se presentan cuando

el paciente pone a prueba, sospecha o desconfía del manejo del proceso analítico resistiéndose a la cura.

Para el trabajo analítico lo indicado es una transferencia positiva sin ser erótica, le da acceso al paciente de mostrar sentimientos de aprecio y amabilidad así también las tendencias a reprimir comienzan a disminuir pues alberga el deseo de su cura y decide colaborar con el analista a quién lo respeta y le otorga gran autoridad comenzando a considerar sus opiniones como dignas de ser seguidas.

A su vez el analista puede operar sobre el paciente por sugestión, la forma en que se influencia a una persona “para hacerle llevar a cabo una labor psíquica que trae necesariamente consigo una mejora permanente de su situación psíquica” (Freud, La dinámica de la transferencia, 2008 : 1652), así las interpretaciones que tocan lo inconsciente son acogidas por el yo y producirán una situación favorable con el paciente.

Para Freud el nacimiento de la transferencia se da en las primeras relaciones de objeto, en las que el paciente transfiere al analista fenómenos psíquicos vividos en la infancia.

Es conveniente precisar que la transferencia tiene con frecuencia manifestaciones conscientes que alcanzan advertir al paciente, pero que sus raíces son fundamentalmente inconscientes; asimismo el sujeto no logra precisar, de manera racional, cual es el tipo de vínculo que establece con la

figura del analista sin embargo se debe recordar que al existir relación entre dos, ineludiblemente se ingresa al terreno de la relación de objeto.

En el proceso de estructuración, el sujeto se forja por la necesidad de ocupar un lugar en el deseo del Otro que responde a sus primeras demandas, el reconocimiento es lo que le permite identificarse pues le asegura su propia imagen.

Al no ser sujetos completos, sino sujetos en falta, nos relacionamos con la falta del Otro, con algo del Otro, las identificaciones ofrecen la alusión de complementariedad; en el proceso analítico existen diferentes manifestaciones hacia la figura del analista que se separa de estas identificaciones; Lacan para indicar como se produce el fenómeno transferencial hace uso de los tres registros imaginario, simbólico y real.

La transferencia imaginaria se la puede situar en una relación de reciprocidad entre el paciente y analista que está vinculada a los afectos de amor u odio. El paciente, en esta dimensión, coloca al analista en el lugar de semejante al que dirige una demanda de amor; este amor desmedido hacia el analista produce incapacidad en el sujeto para abrir el inconsciente, aparece la resistencia para evitar develar lo que se esconde atrás de ese amor, entonces para seguir hilándose no se limitará a hacerse analizar sino que busca hacerse amar por el analista.

La transferencia simbólica se establece con el componente ternario sujeto supuesto saber (SsS) que se ubica entre el paciente y el analista. Los seres

humanos estamos constituidos en falta a causa de la pérdida del objeto, de ahí que somos sujetos deseantes incapaces de completarnos, no queremos aceptar la falta pero tampoco queremos saber nada sobre ella; en análisis esto se presenta como resistencia. Durante el proceso analítico el paciente llegará a suponerle un saber al analista de los sucesos que le son desconocidos.

El sujeto supuesto saber es el pivote desde el que se articula todo lo referente a la transferencia.

¿Quién es este supuesto sujeto saber? ¿Es el analista? ¿Es el analizante? Lacan dijo las dos cosas: es el analista que sabe que puede dar el saber interpretativo y es el analizante en la medida en que de su boca se espera el material significativo del que se desprenderá el saber inconsciente. (Miller, Conferencias porteñas (Tomo I), 2009 : 140)

De la experiencia analítica se sabe que los significantes manejan el porvenir de la cura, el analista al ofertar un lugar a la escucha permite el despliegue del discurso del paciente; hasta aquí, la transferencia puede marchar sin un verdadero análisis. En el momento en que el paciente considera que el analista tiene un saber desconocido por él, lo hace parte de sus formaciones inconscientes al cederle parte de su goce y las interpretaciones que formule el analista serán acogidas.

Si se lo piensa de manera lineal; el saber supuesto, en una primera etapa lo tiene el analista quién va mostrando al paciente la génesis de sus procesos psicológicos; en una segunda etapa, es el momento en que el analizante reconoce que el saber sobre su propio goce está de su lado pues a través de su discurso crea significantes que van dando sentido a las producciones inconscientes y develando la formación de su fantasma.

La transferencia real se produce a causa de que el analista encarna el objeto pulsional del fantasma del paciente; se presenta cuando la represión del conflicto edípico no logro sostenerse y se exterioriza ruidosamente además las palabras del pacientes no son suficientes, entonces sobra un resto que no se puede revestir con lo simbólico, frente a esta situación aparece la angustia y este resto se transforma en acción, surge el acting-out como las acciones que presentan un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de las actividades del paciente.

La acción está en contra del pensamiento, no se trata de razonar o reflexionar sino que el impulso se muestra, se actúa. El paciente al no poder recordar, no lo puede poner en palabra, entonces lo debe actuar, reproducirá en actos lo reprimido. Esta actuación que insiste e insiste está llamando al Otro, el analista en el proceso analítico, para que logre hacer algo que no sea del orden de las palabras, en el Seminario X: La Angustia de 1963, Lacan enfatiza que se debe evitar interpretar, prohibir y reforzar el yo; más bien se debe buscar establecer solidez en la transferencia y encaminar al

paciente a que se implique en su discurso, historice su síntoma y que se interrogue sobre la causa de aquello que lo aqueja.

Capítulo 5:

La psicoterapia con orientación psicoanalítica en el ámbito hospitalario

La psicoterapia es un proceso de comunicación que se da entre el psicólogo clínico y la persona que acude a consulta, su propósito consiste en aliviar los conflictos psíquicos a partir de las elaboraciones que realice el individuo con el fin de mejorar la calidad de vida a través del cambio de posición subjetiva, actitudes, pensamientos o afecto; su utilización es fundamental en el ámbito hospitalario porque la permanencia de los pacientes está dada por el tiempo que dure la recuperación.

Las prácticas pre-profesionales se realizaron en el área de neurología del hospital regional del IESS “Teodoro Maldonado Carbo”. La enfermedad neurológica se vuelve el eje de algo que no está significado, un hueco sin significación cargado de goce, el encuentro con lo desconocido que marca la vida del sujeto ocasionándole angustia, repercutiendo tanto en el tratamiento médico como en el estado emocional para enfrentar la situación.

Los sujetos enfermos al ser conscientes de su pérdida física y limitación de movimientos, se manifiestan ideas de impotencia, frustración y tristeza; además deben ser, en la mayoría de casos, atendidos por sus familiares, que

intentan proporcionarle los cuidados necesarios para mejorar la calidad de vida.

Antes estas manifestaciones ambos padecen; el paciente por su postura de dependencia, donde los pensamientos de inutilidad y el creer que no volverá a ser el mismo de antes o quedar con las limitaciones de por vida ocupan mucho de su energía libidinal; así también en los familiares se presentan dificultades emocionales, los cuidados que otorgan los perciben como insuficientes, además tiene idealizaciones de que el paciente se recuperará, y al no tener noticias de una mejoría su energía comienza a decaer.

Por tal la presencia del psicólogo clínico en esta área fue de suma importancia. Nuestro trabajo se rigió desde el marco teórico psicoanalítico; por lo tanto, se hizo uso de la psicoterapia con orientación psicoanalítica, al ofertar un espacio a la palabra y una escucha particular para hacer surgir la subjetividad del paciente; los fines terapéuticos se centraban en que el paciente se implique en lo que lo aqueja.

La psicoterapia con orientación psicoanalítica no tiene como propósito reforzar ciertas áreas del yo, lo que se busca es favorecer, mediante el uso de la palabra el despliegue del discurso del paciente al ubicarlo en una posición diferente frente a su situación actual, la palabra es el medio que se tiene para aliviar al sujeto de su sufrimiento. No se trata de curar al sujeto de su déficit orgánico, sino que logre hablar de su enfermedad, que logre hablar de aquello que lo angustia.

Como no es un proceso psicoanalítico, las entrevistas no se centran en el trabajo con el inconsciente, aunque se utiliza la asociación libre al solicitar al paciente que comuniquen todas las ideas o pensamientos sin desprestigiar o seleccionar alguna. Asimismo se parte de su historia, el objetivo es recabar todo la información necesaria del paciente sobre su historia infantil así como la historia de la enfermedad, el conjunto de ambas informaciones permite obtener una idea del malestar del paciente, la misma que sirve para conducir y dirigir las entrevistas.

Al establecerse la transferencia entre el psicólogo clínico y el paciente, los significantes que se producen mediante el uso de la palabra, propician a que el paciente diga más de lo que sabe. El alcance que tiene la psicoterapia con orientación psicoanalítica es la de producir la implicación subjetiva del sujeto en relación a lo que le aqueja, no en todos los casos se consigue por el escaso tiempo con el que se cuenta; el paciente al lograr comprender que es aquello que lo agobia puede manejar la ansiedad, irritabilidad, ideas de abandono, sentimientos de culpa, entre otras que se han disparado con la enfermedad.

- Casuística

Una de las curiosidades que brindaba el área de neurología es la manera en que los pacientes ingresan a hospitalización; de la mayoría con quiénes se trabajo con las entrevistas psicológicas, un sujeto-paciente realizando una

actividad dentro de su patrón normal de comportamiento, sentían devenir un dolor excesivo en el área cerebral y después una pronta pérdida de equilibrio, disminución de fuerza e imposibilidad de movimiento; luego eran llevados de urgencia, al hospital del seguro social.

- Caso 1

Arquímedes, tiene 70 años de edad, hace aproximadamente 4 años le amputaron la pierna izquierda por encima de la rodilla debido al deterioro del miembro inferior por la obstrucción de las venas al no fluirle la sangre, padecía de varices. Comunica que mientras se encontraba en su domicilio, preparándose para tomar una ducha, sintió como la habitación donde reposaba daba vueltas e inmediatamente experimentó la imposibilidad de mover el lado izquierdo de su cuerpo. Esta experiencia vivida por él, permitió comenzar la primera entrevista pues existía la demanda de un paciente traumatizado, la forma de ingreso y el descubrimiento de una enfermedad sin previo conocimiento de su existencia lo dejó sin comprensión, no lograban aceptarla y sus problemas personales acrecentaban proporcionalmente al tiempo que transcurría su estancia y la poca información a la que accedía sobre su condición física.

Cuando se comenzó la primera entrevista, de las 4 que se realizaron, se inició con la presentación tanto del psicólogo clínico como del paciente, también se indicó cual era el encuadre con el que se iba a trabajar, asimismo

se le solicitó que informe todo lo que se le vaya ocurriendo mientras se realizaban las entrevistas.

Durante el tiempo que duró la psicoterapia con orientación psicoanalítica, Arquímedes comunicó que experimenta ideas de abandono e inutilidad junto a síntomas que oscilan entre no poder dormir en las noches a causa de una desesperación que no le permitía conciliar el sueño, también constantes lamentaciones acompañadas de llanto por la situación que estaba viviendo, manifestaba que padecía de taquicardias ya que desde que ingresó al hospital del seguro no había podido continuar con su tratamiento cardiaco y los médicos que se debían encargar de su bienestar sólo lo visitaban durante pocos momentos al día.

Se le solicitó que comunique un poco de su historia personal, dijo que fue abandonado por su padre a la edad de 12 años, siendo su madre la que se encargo del equilibrio económico en el hogar. Al cumplir la mayoría de edad comenzó a tener trabajos eventuales que le permitieron ciertas comodidades, en uno de aquellos conoció a una mujer con quién vivió algunos años, de ésta relación tiene una hija mujer y un hijo varón.

Algunos años después se une sentimentalmente a su actual pareja llegando a tener dos hijas mujeres; en aquel tiempo tenía el trabajo de guardia de seguridad de un conocido casino en la ciudad de Guayaquil, con ingresos económicos suficientes; el señor tuvo excesos con el abuso del alcohol también se despreocupó de su familia, existiendo maltrato físico y verbal a su

cónyuge así también le fue infiel en diversas ocasiones llegando a pagar los abortos a diferentes mujeres para no tener más hijos.

Después de que le comunicaron que fue separado de su lugar de trabajo sin la posibilidad de reintegrarse, utilizó el dinero de la liquidación para pagar deudas que tenía con diferentes personas; pedía dinero prestado porque siempre ha considerado que debía mantener una postura digna, el dinero que sobró sirvió para comprar una pequeña vivienda a su familia.

En las entrevistas siguientes, utilizaba mucha de su energía para reafirmar que era una persona pobre, que no tenía nada en esta vida y que no dejaría algún bien material a sus hijas. Que no podía hacer nada para proteger a su familia porque era un discapacitado al tener un miembro menos, por eso, le pedía la muerte a Dios pues se sentía un inútil y con la disminución de la fuerza en su lado izquierdo a causa de un infarto cerebral, consideraba que nunca más podría hacer alguna actividad.

Establecida la transferencia, Arquímedes dijo una frase que une su historia personal con el acontecimiento de la enfermedad neurológica, “mi padre me abandonó, mis amigos de chupa nunca más me han vuelto a visitar, y me da miedo que mi familia también me abandonen porque soy un inútil a quién todo el mundo le tiene lástima”.

El significante “abandono” está presente en toda su vida, frente a lo desconocido de la enfermedad neurológica se abre un hueco sin significación, es el encuentro con lo desconocido del que no se puede dar

una respuesta y aparece la angustia; el amparar las ideas de inutilidad y dependencia lo que producía en Arquímedes era mantener ese goce sintomático de creerse un inútil. El trabajo psicológico estuvo encaminado a que el paciente se implique en lo que le aquejaba, escuchando sus palabras y reconociéndolo como sujeto, se logró hacer la implicación subjetiva así pudo concebir un cambio en cuanto a la posición que mantenía frente a su idea de inutilidad.

- Caso 2

En el ámbito hospitalario puede surgir la necesidad de entrevistar a los familiares con el propósito de recopilar información acerca del paciente; o es el familiar, a quién se le debe realizar un proceso psicoterapéutico pues la enfermedad de su familiar le exige un cambio en su ritmo de vida, y esto produce el surgimiento de la angustia puesto que se topa con algo imposible de simbolizar.

Sonia, tiene 61 años de edad, se encontraba acompañando a su padre en el área de neurología ya que tenía múltiples infartos cerebrales, entonces se la invitó a tener una conversación sobre la experiencia que estaba viviendo.

Se realizaron 3 entrevistas semidirigidas mediante la utilización de la psicoterapia con orientación psicoanalítica; al comunicar su historia personal, dice que fue criada en la ciudad de Guayaquil siendo la mayor de cuatro hermanas. Su padre era mujeriego y se excedía con la ingesta de alcohol;

además su forma de criarlas era demasiado estricta, su madre era una persona sumisa donde el maltrato físico y verbal era recurrente hacia ella.

A la edad de 17 años decide unirse con un joven de ascendencia serrana debido a que estaba embarazada; su padre desaprobó la unión pues no aceptaba a los serranos ya que consideraba que a su hermana la había asesinado alguien de la Sierra; por tal motivo llevo a vivir a su hija con su pareja a su casa donde se encargó de malograr la relación, finalizando con echar al joven y amenazarlo de muerte si volvía a ver a su hija. Esta situación produjo un fuerte cambio en su vida porque tampoco se le permitió seguir con sus estudios y solo debía pasar en la casa con su hija acompañando a su madre sin poder reclamarle a su padre pues la tenía amenazada con botarla.

A la edad de 20 años conoce a un hombre que estaba estudiando para ser abogado, después de un noviazgo deciden casarse; ya en el matrimonio fue presa de humillaciones y fuertes maltratos físicos y verbales; su esposo alegaba que se lo merecía al no ser una mujer profesional como él y aunque en reiteradas ocasiones la expulsó de la casa, cada vez que la buscaba para regresar, la señora accedía pues confiesa que fue criada de manera que una mujer debe mantenerse con su esposo pase lo que pase, además sabía que ninguno de sus familiares la iba a ayudar ahora con dos hijos más.

Después de divorciarse, comenzó a tener trabajos eventuales que le permitían sostener las necesidades del hogar. Su ex-pareja ayudaba poco en

la manutención de los hijos y en repetidas ocasiones fue avasallada por su antigua familia política porque les pedía que colaboren con algún tipo de ayuda para sus hijos.

Ella es una fuerte asistente a los cultos que realiza su congregación y admira en gran medida a Jesús pues fue una persona que daba su otra mejilla por el servicio del prójimo, su devoción la ha llevado a dejar el curso de su vida en manos de Dios quién se debía encargarse de protegerla.

Como era la única que atendía al padre, una de las hermanas arremetió contra ella, le gritaba groserías y la acusaba de robarse el dinero de la jubilación del padre; esto la dejó consternada pues consideraba que toda su vida la había llevado de una manera servicial y nunca hubiese actuado de la manera en que era acusada.

A través de la información recopilada, se tuvo una idea del malestar que aquejaba a la paciente. Sonia experimentaba ideas desconcertantes; su única respuesta frente a las situaciones de la vida era “dar la otra mejilla”, esto no se sostuvo cuando su hermana insistía en culpabilizarla, y ella no lograba hacerla entender que toda su vida ha estado a la disposición de los demás.

El trabajo psicológico se direccionó a que la paciente, al escuchar su propio discurso se implique en la situación que está viviendo y logre concebir un cambio de posición subjetiva frente a sus ideas de servidumbre.

CONCLUSIÓN

1. Las enfermedades neurológicas son trastornos del cerebro, la médula espinal, y los nervios periféricos; estos órganos son los encargados de dirigir todas las funciones del cuerpo, y al existir algún tipo de lesión en algún órgano, el individuo tendrá dificultades para moverse, hablar, tragar, respirar o aprender. En general, existen más de 600 enfermedades, pero sólo se mencionaron aquellas que se presentaron en el área de neurología del hospital regional del IESS “Teodoro Maldonado Carbo”, durante las prácticas pre-profesionales.

2. Se efectuó un trabajo con el marco teórico psicoanalítico, se entrevistó a un total de 150 personas con una media de edad de 57 años; se realizaron entrevistas semidirigidas, tanto a paciente como a familiares, mediante el uso de la psicoterapia. La permanencia en hospitalización; obliga al psicólogo clínico a operar en un tiempo limitado, dependiendo del caso, se ejecutó, psicoterapia de emergencia, psicoterapia de urgencia o psicoterapia con orientación psicoanalítica. También se realizó un grupo operativo, dirigido a los familiares, enfocado en las emociones que se producen en ellos, el acompañar al paciente neurológico.

3. Los síntomas más frecuentes dentro del área fueron: llantos, lamentaciones, irritabilidad, decaimiento del ánimo, intranquilidad, distanciamientos, desesperaciones, ansiedades, también las ideas de muerte, abandono, castigos divinos, inutilidad, dependencia y no creer en posibilidades de cura.

4. En una institución hospitalaria, el psicólogo clínico con orientación psicoanalítica, oferta un lugar a la palabra y una escucha particular para hacer surgir la subjetividad; el discurso que formule el sujeto, se desarrolla en relación al malestar emocional, que está atravesando. Mediante la técnica de la asociación libre, se permite al paciente hablar de lo que desee; considerando importante indagar en su historia personal para ubicar aquellas situaciones traumáticas previas que se hayan disparado con la enfermedad, y que se sean la base de la sintomatología actual. En el trabajo psicológico es fundamental tomar en cuenta la transferencia; si se logra instaurar la transferencia simbólica, que es cuando el sujeto supone que el analista tiene un saber de lo que le pasa, se pueden realizar intervenciones que serán acogidas por él. El psicólogo clínico trabaja con el propio discurso del paciente, y al puntuarlo, subrayarlo, tomar frases de su discurso, se lo logra que el sujeto se implique en aquello que le aqueje, logrando un cambio de posición subjetiva.

5. Se recomienda, a quiénes realicen sus prácticas clínicas pre-profesionales en el ámbito hospitalario, que recuerden, su presencia otorga un espacio crucial para los pacientes hospitalizados. Ahí donde el médico responde a la necesidad de devolver la salud de un enfermo; el psicólogo clínico con orientación psicoanalítica ve un sujeto que manifiesta angustia porque se topa con lo imposible de significar, en relación a la enfermedad; valiéndose de la palabra, su labor consiste en priorizar la particularidad del sujeto y ayudar a encontrar un nuevo cambio de vida.

6. Se recomienda que los trabajos previos a la obtención del título universitario, cuenten con tiempo suficiente para permitir una elaboración investigativa más enriquecedora. Asimismo es primordial que los espacios dados a la enseñanza metodológica, estén más próximos al último año de la carrera de psicología clínica; con lo cual, el estudiante tendrá las herramientas necesarias para una excelente presentación formal del documento final.

7. Se propone que el año de prácticas clínicas continúen ya que hace un engranaje perfecto con la teoría aprendida durante los años de estudio. Es imperativo poner de relieve que una teoría sin prácticas tiende a caer en la repetición de conceptos vacío sin poder convertirse en un transmisor de conocimientos.

BIBLIOGRAFÍA

Altimir, M. (04 de Febrero de 2009). Dialéctica de la palabra en la experiencia analítica. Recuperado el 25 de Noviembre de 2011, de www.aperturapsicoanalisis.com:

<http://www.aperturapsicoanalisis.com/madialectica.htm>

Alvarez, A. (2000). Cinecias Naturales. Quito: Ediciones científicas.

Argente, H., & Alvarez, M. (2005). Semiología Médica. Buenos Aires: Panamericana.

Diccionario Psicoanálisis. (2008). www.tuanalista.com. Recuperado el 2 de Enero de 2012, de <http://www.tuanalista.com/Diccionario-Psicoanalisis/6179/Metafora-paterna-pag.1.htm>

Evans, P. (1987). Enciclopedia médica familiar. León: Everest.

Freud, S. (2008). Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico. Buenos Aires: El Ateneo.

Freud, S. (2008). El porvenir de la terapia psicoanalítica. Buenos Aires: El Ateneo.

Freud, S. (2008). El Yo y el Ello. Buenos Aires: El Ateneo.

Freud, S. (2008). La dinámica de la transferencia. Buenos Aires: El Ateneo.

Freud, S. (2008). La disolución del complejo de Edipo. Buenos Aires: El Ateneo.

Freud, S. (2008). Lecciones introductorias al psicoanálisis. Buenos Aires: El Ateneo.

Freud, S. (2008). Recuerdo, repetición y elaboración. Buenos Aires: El Ateneo.

Freud, S. (2008). Teoría general de las neurosis. Buenos Aires: El Ateneo.

Freud, S. (2008). Tres ensayos para una teoría sexual. Buenos Aires: El Ateneo.

Guarderas, C., & Castro, A. (2004). Biología Moderna. Quito: Casa del estudiante.

Lacan, J. (2011). Clase 9. La metáfora Paterna I. Recuperado el 3 de Enero de 2012, de www.escribd.com:
<http://es.scribd.com/doc/7000055/LACAN-Seminario-5-Clase9-La-Metafora-Paterna-IPDF>

Lacan, J. (2011). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. Recuperado el 28 de Diciembre de 2011, de www.scribd.com:
<http://es.scribd.com/doc/6833334/Lacan-Jacques-El-Estadio-Del-Espejo-Como-Formador>

Lacan, J. (2010). El Seminario "La Angustia". Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (sf). Intervención sobre la transferencia. Recuperado el 25 de Noviembre de 2011, de www.actividadhumana.com:
http://www.actividadhumana.com/articulos/Articulos_Portada/Lacan/lacan_texto1.pdf

Lacan, J. (2012). La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. Recuperado el 4 de Febrero de 2012, de www.escribd.com:
<http://es.scribd.com/doc/8795110/Lacan-J-La-Letra-en-El-Inconsciente>

Miller, J.-A. (2009). Conferencias porteñas (Tomo I). Buenos Aires: Paidós.

Miller, J.-A. (1997). Introducción al método psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós.

Rattin, E. (Julio de 2004). Curso de lingüística general. Recuperado el 25 de Noviembre de 2011, de www.efba.org: <http://www.jacquesderrida.com.ar/restos/saussure.pdf>

Saussure, F. d. (2012). Curso de lingüística general. Recuperado el 3 de Febrero de 2012, de www.escribd.com: <http://es.scribd.com/Miacion/d/2587490-Ferdinand-de-Saussure-curso-de-linguistica-general-espanhol>