

INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA POSIBLE EN SOLCA.



Intervención psicoanalítica posible en SOLCA en pacientes y familiares de las áreas de pediatría, cirugía y quimioterapia: Alcances y limitaciones.

**Gómez Santana, Douglas Antonio
Miranda López, María del Carmen**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Ps. Cl. Aguirre Fuentes, Juan Antonio

Guayaquil, Abril de 2014

INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA POSIBLE EN SOLCA.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Douglas Gómez Santana** y **María del Carmen Miranda López** como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Licenciado en Psicología Clínica**.

TUTOR

Ps. Cl. Juan Antonio Aguirre Fuentes

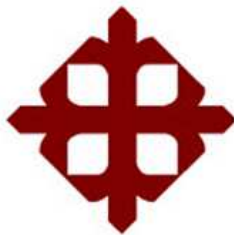
REVISOR

DIRECTORA DE LA CARRERA

Alexandra Galarza

Guayaquil, a los 28 días del mes de abril del año 2014

INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA POSIBLE EN SOLCA.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Douglas Antonio Gómez Santana y María del Carmen Miranda López**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación **Intervención psicoanalítica posible en SOLCA en pacientes y familiares de las áreas de pediatría, cirugía y quimioterapia: Alcances y limitaciones** previa a la obtención del Título **de Licenciado en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 28 días del mes de abril del año 2014

LOS AUTORES

Douglas Antonio Gómez Santana

María del Carmen Miranda López

INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA POSIBLE EN SOLCA.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Douglas Antonio Gómez Santana** y **María del Carmen Miranda López**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Intervención psicoanalítica posible en SOLCA en pacientes y familiares de las áreas de pediatría, cirugía y quimioterapia: Alcances y limitaciones**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 28 días del mes de abril del año 2014

LOS AUTORES

Douglas Antonio Gómez Santana

María del Carmen Miranda López

INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA POSIBLE EN SOLCA.

AGRADECIMIENTOS

“A mis padres que han hecho tanto por mí”.

“A Lizbeth por su paciencia, inspiración y amor infinito”.

“A mis amigos que han estado ahí en los momentos de flaqueza”.

Douglas Antonio Gómez Santana

“A mis padres que me han brindado muchas oportunidades y sé que hacen lo mejor que pueden”.

“A mis profesores y a futuros colegas no vinculados con la universidad que, directa o indirectamente, me han ayudado bastante a nivel profesional y personal”.

“A mis amigos que siempre dan claridad al camino”.

María del Carmen Miranda López

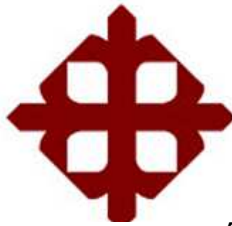
INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA POSIBLE EN SOLCA.

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Ps. Cl. Juan Antonio Aguirre Fuentes
PROFESOR GUÍA O TUTOR

PROFESOR DELEGADO

INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA POSIBLE EN SOLCA.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

**Ps. Cl. Juan Antonio Aguirre Fuentes
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR**

INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA POSIBLE EN SOLCA.

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO

RESUMEN xi

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I: LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA 5

Institución hospitalaria SOLCA. 5

Historia. 5

Descripción general. 6

Departamento de Psicología. 6

La institución hospitalaria y el lugar del sujeto. 7

La correspondencia del practicante de psicología clínica dentro de la institución hospitalaria. 13

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 18

Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado a la terapéutica, psicoterapia. 18

Psicoanálisis puro. 18

Psicoanálisis aplicado. 20

Psicoterapia. 23

INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA POSIBLE EN SOLCA.

Discurso y posición del analista.	24
La interpretación.	27
Transferencia.	28
Demanda.	32
Lo inconsciente.	35
Repetición.	37
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	39
Método y técnica.	39
<i>Método y técnica visto desde el punto de vista científico.</i>	39
<i>Método y técnica desde el psicoanálisis.</i>	40
Asociación libre.	43
La otra escena.	44
Atención flotante.	46
Limitaciones en la intervención con pacientes y familiares.	48
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIONES DE LOS RESULTADOS	50
Análisis de lo desarrollado por medio de casos.	50
<i>Caso B.N.</i>	50

INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA POSIBLE EN SOLCA.

Caso G.G. 56

Caso M.O. 58

Caso B.B. 61

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 63

BIBLIOGRAFÍA 66

INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA POSIBLE EN SOLCA.

RESUMEN

El trabajo de investigación realizado como consecuencia de las prácticas pre-profesionales realizadas en SOLCA de mayo de 2013 hasta enero de 2014 tiene como propósito presentar una batería en la cual converja lo teórico y la práctica sobre la posibilidad de una intervención psicoanalítica en SOLCA en pacientes y familiares de las áreas de pediatría, cirugía y quimioterapia, analizando los alcances y limitaciones de la misma. Se puede ubicar su importancia en cuanto existen factores que limitan la labor del practicante de psicología, tales como la divergencia entre la demanda institucional y la demanda del paciente, por lo cual es necesario teorizar, analizar y elaborar conclusiones sobre la experiencia en la institución. La se ha realizado con miras a analizar la posibilidad del psicólogo clínico de intervenir desde el marco teórico psicoanalítico con los pacientes y familiares en el área de pediatría, cirugía y quimioterapia en la institución hospitalaria, diferenciando el psicoanálisis, la psicoterapia y el psicoanálisis aplicado a la terapéutica. Además se ha tomado en cuenta qué intervenciones clínicas del psicólogo respetan el marco teórico psicoanalítico, como también cuales son las dificultades que se presentan al trabajar en una institución hospitalaria. Con esto se intentaría ubicar qué aspectos de la teoría psicoanalítica pueden ser aplicados a las instituciones médicas en vista de la imposibilidad del psicoanálisis puro en dichos organismos.

Palabras claves: Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado, institución médica, psicoterapia, intervención.

INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA POSIBLE EN SOLCA.

SUMMARY

This research work done as a result of pre-professional practices at SOLCA made in May 2013 to January 2014 aims to present a battery which converges theory and practice about the possibility of a psychoanalytic intervention in SOLCA's patients and relatives in the areas of pediatrics, surgery and chemotherapy, analyzing the scope and limitations thereof. You can locate their importance as there are factors that limit the work of practicing psychology, such as the divergence between institutional demand and patient demand, so it is necessary to theorize, analyze and draw conclusions about the experience at the institution. This research was conducted in order to analyze the possibility of the clinical psychologist to intervene from the psychoanalytic framework with patients and families in the areas of pediatrics, surgery and chemotherapy in the hospital institution, differentiating psychoanalysis, psychotherapy and psychoanalysis applied to therapy. It has also taken into account what clinical psychologist interventions respect the psychoanalytic framework, as also are the difficulties which were presented working in a hospital. This attempt to locate what aspects of psychoanalytic theory can be applied to medical institutions in view of the impossibility of pure psychoanalysis in these organizations.

INTRODUCCIÓN

El documento a continuación corresponde al trabajo de titulación previo a la obtención del título de licenciado en psicología clínica. Está basado en las prácticas pre-profesionales cumplidas en la institución hospitalaria S.O.L.C.A a lo largo del año 2013 e inicios del 2014, bajo la tutela del Ps. Cl. Antonio Aguirre Fuentes. En dicha práctica se logró brindar atención psicológica a pacientes y familiares de las áreas de pediatría, cirugía y quimioterapia.

Esta investigación ha sido realizada con el objetivo de resolver una problemática presente en la institución, relacionada con la línea de investigación de la carrera: “Sujeto y época”, y su correspondiente problema: la necesidad de actualización de criterios diagnósticos y el tratamiento de estas nuevas formas de malestar subjetivo (Carrera Psicología Clínica - Área de Investigación, 2013), en una época en la que lo cuantificable impera, y el sujeto se ve reducido a una mera “unidad contable” (Miller J.-A. , 2006, pág. 3). Esto ha motivado a la realización de un trabajo enfocado en una intervención posible psicoanalítica en SOLCA en pacientes y familiares, como forma de rescatar al sujeto en lo que lo caracteriza como singular, frente a la imposibilidad de un psicoanálisis puro en estos organismos médicos debido a los obstáculos de encuadre que se presentan. De la misma manera, la carrera y sus líneas de investigación se encuentran en relación con la visión y misión de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, las cuales resaltan la formación de profesionales socialmente responsables para el desarrollo sustentable del país, así como la incidencia en la construcción de una sociedad nacional e

internacional eficiente, justa y sustentable (La Universidad - Misión, Visión y Objetivos, 2014).

Esto, tomando en cuenta que el paciente se encuentra inmerso en un discurso social que lo determina, discurso social caracterizado por la incertidumbre, Por otro lado, el trabajo se realiza en vistas de los nuevos objetivos establecidos por el SINDE, en específico la línea de investigación número uno de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la cual habla de la salud y del bienestar humano, centrándose tanto en el enfoque preventivo como asistencial hacia la población (SINDE, 2012) con la cual se trabajó a lo largo de las practicas pre-profesionales. Como último punto desde el cual se justifica este trabajo, podemos ubicar los objetivos dos y tres del plan nacional del buen vivir, los cuales por un lado proponen mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía mediante acciones armónicas e integrales en cada ámbito a través de la atención adecuada y oportuna de la salud; y por otro mejorar la calidad de vida de la población, inclinándose a buscar condiciones para la vida satisfactoria y saludable de todas las personas, familias y colectividades respetando su diversidad.(Objetivos Para el Buen Vivir, 2014)

Como antecedentes al trabajo se puede analizar la tesis de Ericka Hernández y Andrea Robles: Fundamentos Teórico-Técnicos de un Dispositivo de Atención de Psicoanálisis Aplicado a la Terapéutica en SOLCA (Hernández & Robles, 2013), la de Cristina Barredo: Propuesta de atención psicológica a madres del área de pediatría de SOLCA (Barredo, 2012) y la tesis de Daniel Oleas: El rol del Psicólogo Clínico en las Instituciones (Oleas, 2011), con la diferencia de que el presente trabajo estará más direccionado en el tratamiento hacia pacientes y familiares en las distintas

áreas de la institución, tomando en cuenta los alcances y limitaciones que dicha institución da al psicoanálisis aplicado.

La investigación se ha realizado con miras a analizar la posibilidad del psicólogo clínico de intervenir desde el marco teórico psicoanalítico con los pacientes y familiares en el área de pediatría, cirugía y quimioterapia en la institución hospitalaria, diferenciando el psicoanálisis, la psicoterapia y el psicoanálisis aplicado a la terapéutica. Además se ha tomado en cuenta qué intervenciones clínicas del psicólogo respetan el marco teórico psicoanalítico, como también cuales son las dificultades que se presentan al trabajar en una institución hospitalaria.

Como hipótesis, se podría decir que el psicoanálisis puro se ve imposibilitado en la institución médica, ya que el discurso institucional no da lugar al discurso psicoanalítico.

Por otra parte, el practicante de psicología con el bagaje teórico psicoanalítico y con la supervisión permanente del director de prácticas puede permitir que se produzca una experiencia que respete ciertos conceptos. El practicante al tomar en cuenta estos puntos de la teoría podría causar cierto alivio en el paciente al encontrar un sentido respecto a lo que le acontece como malestar actual, pero resaltando que no se trata de psicoanálisis puro. Esto se argumenta en base al diccionario de psicoanálisis de Laplanche y Pontalis, en el cual al hablar del termino abreacción, dice: “el mecanismo normal que permite al individuo reaccionar frente a un acontecimiento y evitar que éste conserve un quantum de afecto demasiado importante. Con todo, para que esta reacción posea un efecto catártico, es preciso que sea ‘adecuada’. La abreacción puede ser espontánea, es decir seguir al acontecimiento (...) o secundaria, provocada por la psicoterapia catártica, que permite

al enfermo recordar y objetivar verbalmente el acontecimiento traumático y liberarlo así del quantum de afecto que lo convertía en patógeno”. (Laplanche & Pontalis, 1996, p. 1)

Para el presente trabajo el método principal que se utilizó fue el clínico -el cual fue reforzado a lo largo de la práctica gracias a las supervisiones del director- debido a que el tema está planteado para hacer una investigación con un abordaje caso por caso de los pacientes de psicología en SOLCA y de la intervención posible del psicólogo clínico. La metodología a utilizar que comprende la sección teórica de la investigación será la exégesis de textos: toda la batería teórica, las citas textuales y el parafraseo será el resultado de un análisis profundo de textos escritos por diferentes autores, los cuales serán pertinentes al tema que se tratara.

El objeto de estudio de este trabajo será los pacientes de psicología en SOLCA. Dentro de los pacientes de psicología se encuentran los pacientes oncológicos que asisten a la institución hospitalaria a recibir quimioterapia y/o radioterapia, así como los familiares que los acompañan. Los pacientes que reciben atención del servicio de psicología son sujetos que son derivados por médicos o son sujetos a los que se les ha ofrecido el servicio y están dispuestos a hablar sobre alguna problemática. Se estudiará cómo se puede intervenir con ellos sabiendo que se encuentran en una institución donde el discurso médico impera y puede producir efectos desubjetivantes.

CAPÍTULO I: LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

Se ha visto imperiosa la necesidad de otorgarle a este trabajo un capítulo previo al desarrollo teórico y metodológico, el cual irá encaminado a trabajar sobre la institución hospitalaria: La historia del hospital SOLCA, una descripción general y la función que desempeña el departamento de psicología. Así mismo se trabajará la relación y dificultades que tiene la institución médica y los pacientes del hospital y como esto afecta a lo que el psicoanálisis tiene que decir respecto del sujeto. Por último se desarrollará la correspondencia dentro del marco institucional que tiene el practicante de psicología clínica.

Institución hospitalaria SOLCA

Historia. SOLCA nace como una iniciativa del Dr. Juan Tanca Marengo, médico guayaquileño, quien viéndose preocupado por la salud pública y considerando la gran incidencia de enfermedades cancerosas, concibe la necesidad de transmitir conocimientos oncológicos a estudiantes de medicina y galenos, a través de la creación de una institución dedicada a la lucha contra el cáncer en Ecuador. Esta institución nace el 7 de diciembre de 1951 como resultado de la reunión de un grupo de colegas y amigos. (Instituto oncológico nacional Dr. Juan Tanca Marengo, 2014)

El primer Dispensario para atención de enfermos de cáncer se inaugura el 20 de abril de 1954, con el nombre de "Instituto Mercedes Santistevan de Sánchez Bruno", en honor de la benefactora que destinó recursos económicos a la H. Junta de Beneficencia de Guayaquil. El edificio fue cedido posteriormente en comodato a

S.O.L.C.A. En su principio, estaba dotado de los Servicios de consulta externa y exámenes de laboratorio y no fue hasta 1957 cuando se abre el área de hospitalización junto al área de radioterapia y cirugía. Debido a la estrechez de espacio, el 3 de noviembre de 1991 se realiza el traslado al nuevo edificio ubicado en la avenida Menéndez Gilbert. (Instituto oncológico nacional Dr. Juan Tanca Marengo, 2014)

Descripción general. La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA, es una Institución de derecho privado con finalidad de servicio público, creada con el propósito de efectuar la Campaña Nacional Contra el Cáncer en la República del Ecuador. Los objetivos de SOLCA se cumplen mediante una campaña orientada a planes de enseñanza e investigación cancerológica a fin de alcanzar sus metas de: Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Paliación de las enfermedades neoplásicas. Desarrolla su campaña por medio de una estructura sanitaria representada por Núcleos y Comités de amigos, que le permite desarrollar su actividad en la mayor parte del país. (Instituto oncológico nacional Dr. Juan Tanca Marengo, 2014)

Departamento de Psicología. El departamento de psicología en S.O.L.C.A se encarga de dar atención a pacientes con cáncer en la institución. Según los objetivos establecidos por el área se trataría de “la prevención y del tratamiento de los posibles problemas psico-emocionales reactivos al diagnóstico de cualquier enfermedad neoplásica” (Servicio de Psicología, 2014). De la misma manera brinda apoyo a los familiares de los pacientes enfocándose “en los problemas y apoyo en la

familia del niño o adulto diagnosticado de estas enfermedades” (Servicio de Psicología, 2014)

Dentro de este departamento se halla como un anexo los practicantes de psicología clínica, quienes están a cargo del Ps. Cl. Antonio Aguirre, cuya función es ofertar el servicio psicológico en las diferentes áreas asignadas del hospital. Esta oferta se da bajo un control previo a iniciar las labores así como de otro al finalizarlos, en los que se discute aspectos metodológicos, técnicos y teóricos.

La institución hospitalaria y el lugar del sujeto. Para iniciar el desarrollo de esta temática es necesario definir el concepto base, a partir del cual se irá teorizando lo que es la institución médica. En primer lugar definiremos la institución en términos de Castoriadis (1983, pág. 219) como “una red simbólica en la que se combinan elementos variables del componente funcional e imaginario”, es decir, que cuando hablamos de una institución debemos reconocer en ella que son un producto de la sociedad y que cada una de ellas está atravesada por lo que el autor llama “Imaginario social”, que son los valores, las normas, los modos de vivir de una sociedad.

Además de esto, la institución en tanto red simbólica, posee sus propias significaciones. Por una parte como ya se mencionó está el componente funcional que se trataría de aquello que aborda las necesidades vitales, lo cual, está del lado de producción de la prestación de un servicio, pero, la institución no se restringe a lo funcional puesto que “los objetivos últimos de la producción nunca son funcionales” (Castoriadis, 1999, pág. 108). Con esta frase se introduce la dimensión imaginaria,

que da cuenta de que las creaciones humanas no se sostienen únicamente en la supervivencia sino en la búsqueda de sentidos.

Este breve desarrollo permite hacer una lectura más apropiada de las instituciones, rescatando de su estructura los sentidos por las que está tomada y que ejercen valor no solo al personal, sino también, a los individuos que a ella acuden en búsqueda de un servicio. La red significativa que entraña cada institución es singular, a pesar de estar tocada por lo social, la forma en que se apropia de los significados sociales difiere de otras instituciones.

Una vez abordado el tema de la institución en general, es preciso enfocar el campo de la institución médica, que es lo que concierne de manera más propia a este subcapítulo. El término medicina evoca desde un primer momento las nociones de enfermedad y cura, de ahí que para el paso de un término al otro haya un actor principal, el médico.

La medicina como lo indica Lacan (1966) ha nacido en un mundo que exige, nuevos tratamientos, nuevas medicinas, operaciones etc., y a medida que avanzan las sociedades, estas y nuevas demandas adquieren más peso sobre la medicina. La medicina es ubicada como una ciencia, que se encarga de los aspectos fisiológicos y orgánicos de los seres humanos, lo que conlleva, a que su mirada este investida por estos conceptos.

Foucault(1963) en su texto introduce un análisis acerca de la medicina, y ya desde el primer capítulo indica que el médico no se dirige en primera instancia a los cuerpos que llegan a su consulta, sino que, se dirige a los signos que le permiten diferenciar un cuadro clínico de otro. El organismo es introducido en este examen, en tanto, se articula con la enfermedad dándole a ella un cuerpo.

Este punto central, nos lleva a ubicar cómo el sujeto desde el primer encuentro queda barrado del discurso de la medicina donde no habla él sino los signos de su enfermedad; y es que el médico no apela a un conocimiento de la subjetividad de aquel ser sufriente, pues “el éxito de la curación depende de un exacto conocimiento de la enfermedad”(Foucault, 1963, pág. 24), no del sujeto sino de los signos que en él se presentan. De lado del médico, esta mirada contribuye a un trabajo objetivo centrado en la búsqueda de la curación, de ser esta posible, o de la neutralización de los síntomas.

Dentro de la medicina existe toda una red significativa que marca la dinámica del trabajo, como ya se mencionó, parte de esa dinámica responde a la prioridad que se da en atender de primera mano los signos con los que se presenta un individuo en calidad de paciente. De esta base se desprende la clasificación como característica esencial de la medicina pues “la enfermedad no existe más que en él, porque él la constituye como naturaleza” (Foucault, 1963, pág. 25), elemento en el que persiste el barramiento del sujeto en calidad de parlêtre.

A la clasificación se anuda lo que Foucault (1976) llama examen, presente en la medicina desde el siglo XVIII, en el cual el hospital empieza a funcionar como un aparato para examinar. Al principio la presencia del médico se restringía a visitas ocasionales pero con el paso de los años su presencia en tanto examinador del paciente fue alargándose hasta llegar a lo que hoy conocemos como médicos residentes, lo cual es considerado por Foucault como una exposición al paciente a una situación de examen perpetuo.

Con este aporte damos cuenta que médico y paciente no se encuentran ubicados ni en la misma posición ni al mismo nivel, lo cual lleva a plantear dos aspectos claves, las relaciones de poder y las relaciones de saber. Ambos puntos se encuentran anudados, pues, tanto el médico como el paciente poseen un saber, el médico desde la nosografía y el paciente de lo sensorial de sus síntomas pero además posee un saber propio, singular, del orden del inconsciente y es aquí donde institución hospitalaria y sujeto encuentran su impasse.

En el campo de la medicina el saber del sujeto no es acogido ni reconocido, el saber del que se trata, es el saber de lo instituido de lo que se aprende en las cátedras y de la experiencia del profesional y en tanto el paciente ha acudido a él porque le atribuye un saber hacer con su enfermedad, la dinámica se estanca en un solo saber. Las cuestiones de poder y de saber son temas complejos y que a la larga complican la posibilidad de un lugar diferente al que se le ha otorgado al sujeto.

En esta disparidad médico-paciente (sujeto), existe un nivel esencial de funcionamiento, la demanda. Anteriormente se mencionó que la medicina está ligada al término curación, pero la demanda que se dirige al médico no es exclusivamente de curación. El enfermo “pone al médico en la prueba de sacarlo de su condición de enfermo”(Lacan J. , 1966, pág. 91), con esta indicación se resalta que la demanda no es estática, ni serial, es singular. Por lo tanto cada vez que llega un paciente a consulta se plantea una demanda diferente a la del paciente anterior, además, que el enfermo acuda al médico no significa que quiera deshacerse de su enfermedad, hay elementos latentes que no aparecen formulados por el individuo.

A esto se suma la demanda que proviene de lo social, especialmente, enmarcado como lo está por la ciencia y el discurso capitalista. Por una parte con el desarrollo de la tecnología la demanda hacia la producción de nuevas formas de trabajo que respondan a la inmediatez de la sociedad actual, se ha vuelto un imperativo. La medicina no se puede desentender de estos aspectos y más aún cuando se promueve la salud como un beneficio público al cual se tiene derecho, lo cual no deja de tener sus consecuencias subjetivas.

Greiser (2012) explica como el concepto de asistencialismo, el cual está presenta en las instituciones públicas, puede aparecer como un elemento que debe franquear el psicoanálisis. El asistencialismo está del lado del saber qué es lo mejor para los individuos y ubicado desde esta posición obtura y convierte a los individuos en víctimas, las cuales deben ser ayudadas a fin de conseguir el bienestar. Del lado del psicoanálisis se sabe que la cosa no va a andar siempre bien, justamente con lo que se encuentran los sujeto es que eso no anda, no marcha, no se está-bien. Ante el discurso social que promueve el asistencialismo el psicoanálisis debe actuar de forma tal, que no victimice al sujeto, que movilice en ese sujeto la responsabilidad de aquello que le acontece.

Lo social está siempre presente y tiene su efecto tanto en la labor del psicólogo como en la del médico. El actual discurso de la ciencia apela a lo cuantificable, medible y objetivo, lo cual sin duda alguna se engancha fácilmente con el examen médico, pero sobre todo, obtura la idea de una más allá de la cifra. Producto de esta dinámica social, aparece una variedad de patologías como respuesta a esta fragilidad de un mundo globalizado, el cual contradictoriamente está más dividido que nunca. Con el estandarte de la falta de garantías que porta la

sociedad actual, los sujetos se ven enfrentados con lo inesperado, aquello que es del orden de lo irruptivo, propio de la falta de velos que cubran ese real inminente.

A medida que nos beneficiamos de una mejor descripción científica del mundo, es que toman consistencia el síndrome de stress post-traumático, ligado a la irrupción de una causa no programable, y la tendencia a describir el mundo a partir del trauma. Todo lo que no es programable deviene trauma. (Laurent, El revés del trauma, 2002)

Estas nuevas manifestaciones sintomáticas, no solo responden al discurso de la ciencia sino que se enlazan con el capitalismo, pues, el mercado no cesa de ofrecer una variedad infinita de pequeños objetos plus de goce, para tapar toda queja de los individuos. Los medicamentos aparecen como un objeto de la industria, se consumen, se venden, etc.

De esta manera aparecen enunciados, algunos de los impasses que se producen en la relación médico-enfermo anudado a lo social. Con estos puntos no se menoscaba la labor médica, por el contrario, se pone en evidencia los desafíos a los que debe hacer frente para que la verdadera práctica médica sobreviva.

La correspondencia del practicante de psicología clínica dentro de la institución hospitalaria. Es momento de introducir la función del psicoanálisis y su lugar en los centros hospitalarios. Aunque no se hace propiamente psicoanálisis dentro de la institución por parte de los practicantes de psicología clínica, cabe destacar el lugar del psicoanálisis dentro de estos organismos para poder dar argumentos sobre lo que si se hace: psicoanálisis aplicado a la terapéutica.

Lacan (1966) es claro al decir que el lugar del psicoanálisis es marginal y extraterritorial, justamente porque para el círculo médico la labor del psicoanálisis proviene de un campo extranjero. En el texto de psicoanálisis y medicina el comentario de la Sra. Aubry nos introduce a uno de los puntos de dificultad de la presencia del psicoanálisis en la institución hospitalaria. La Sra. Aubry comenta “Encontré más dificultades para responder a las demandas que me llegaban de los médicos de los otros servicios, pues reina una gran confusión sobre lo que es el psicoanálisis” (Lacan J. , 1966), cuestión que desde el año de dicha publicación hasta la actualidad permanece vigente en algunas sociedades e instituciones.

En el caso del psicólogo clínico con orientación psicoanalítica, por su formación profesional puede estar apto para elaborar un informe de tipo psicométrico el cual está más relacionado con el campo de la medicina, pero, aunque esté preparado no debe olvidar las cuestiones éticas del psicoanálisis. Lo posible en estos casos es más allá de los resultados numéricos elaborar una interpretación que esté relacionada con las palabras del sujeto.

¿Cuál sería entonces, el saber que el psicólogo clínico adquiere del psicoanálisis? Lacan (1965-66) propone evitar pensar que el saber sobre el objeto a es la ciencia del psicoanálisis, puesto que ese objeto a debe insertarse en la división del

sujeto y no hay un saber escrito acerca de él. Se trata de rescatar lo más propio del sujeto, aquello que lo caracteriza y le permita permanecer como un fuera de la media, lo cual solo puede ser posible con la escucha que el psicólogo clínico desarrolla bajo su orientación en el marco del psicoanálisis.

Pero el trabajo en las instituciones públicas de salud no será tan sencillo como desarrollar una escucha analítica y ponerla en práctica. El psicólogo con orientación psicoanalítica se encontrará tarde o temprano ante un impasse en las instituciones, se verá enfrentado al discurso institucional e intentará hacer que su formación psicoanalítica sobreviva en un espacio donde prima la intención de homogenizar a los sujetos.

Mucci y Benaim (Psicología y salud: calidoscopio de prácticas diversas, 2009, pág. 10) citan a Raimbault quien hace referencia a las derivaciones del médico al psicólogo, las cuales muchas veces son en calidad de “tacho de desperdicios”, de pacientes que no tienen nada orgánico o esperanza de cura. Este es uno de los espacios que la medicina otorga a un campo diferente al suyo, sin embargo, más que espacio es un modo de liberarse de lo que no pueden resolver y pone en duda su saber hacer. Sin embargo el psicólogo con orientación psicoanalítica no debe retroceder a esta derivación, a estos sujetos que aparecen como desechos, hay que alojarlos porque “es aquello que no hace lazo por la vía del ideal mancomunad” (Greise, 2012, pág. 38) es decir, es el que no responde a la masificación que muchas veces aparece en las instituciones públicas por el asistencialismo.

El médico tiene su posición dentro de la institución, está ubicado por los demás como “aquel que sabe”, y el psicólogo con orientación psicoanalítica no puede entrar a la institución e imponer su saber, no se trata de un ¿cómo les voy a hablar?

Sino que más bien se tratará de un ¿cómo me haré escuchar? Para que de alguna manera también pueda serle atribuido el puesto de aquel que sabe. Raimbault (El Psicoanalista y la Institución, 1980) propondrá una idea a modo de interrogante: “¿cómo hacer oír?, puesto que en estas instituciones se tratará de eso, más allá de la intervención médica o de la intervención del analista, se debe procurar “oír”, y no se referirá solo a lo que el paciente tiene que decir, sino que se tratará también de un saber oír a la institución y a quienes la conforman.

Como se mencionó anteriormente el paciente que llega a un espacio médico, no siempre ubica su malestar como exclusivo del campo orgánico y dirige una demanda singular a los profesionales de la salud.

“Muchas veces el médico podría molestarse cuando ante su pregunta, ¿desde cuándo tiene este dolor?, el paciente le responda: desde que murió mi madre, o desde que me echaron del trabajo al cerrar la empresa, es decir, cuando el paciente responde como persona y no sobre la enfermedad que es lo que él había preguntado.”(Gómez, Reflexiones sobre la relación médico paciente, 1989)

El enojo del médico podría deberse en muchas ocasiones a que el paciente está respondiendo mediante un discurso que no le facilita el trabajo de diagnosticar, al contrario, al no ser la palabra el campo que aborda el médico, este podría entrar en un estado de angustia puesto que no sabría qué decir ante ese paciente que le exige una cura que va más allá de su saber. El médico está acostumbrado a tratar a los sujetos como cuerpos del saber médico, dejando de lado su singularidad.

Ante esto Gómez(1989) propone que el médico tenga cierta formación psicológica que le permita responder a estas demandas de los pacientes, superando su prejuicio hacia el discurso psicológico a favor del paciente. Este camino es el que podría comenzar abarcando el psicólogo clínico con orientación analítica, brindando un espacio de escucha al médico para que pueda hablar de lo que siente ante el trabajo con cada paciente. A pesar de ser una propuesta válida, no muchas veces entre en el campo de lo posible dentro de una institución, muchas veces el carácter estático de la institución y de quienes la conforman no permiten dar paso a un debate interdisciplinario. Se invita al psicólogo a la institución pero no se ofrece una verdadera discusión de saberes.

Un lugar diferente para el psicólogo con orientación analítica es posible si como indica Laurent(2002) más allá de los métodos cuantitativos que el discurso amo promueve, demuestre su valor y pertinencia. Puede existir cierta disyunción entre lo que demanda la institución y lo que se plantea desde la posición ética del psicólogo, ante esto, el profesional debe responder. No hay una respuesta tipo que valga para todos, es una cuestión que se resuelve y decide del uno al uno.

Finalmente, luego de todo lo planteado nos preguntamos ¿Hay forma de asegurar un cambio en la institución hospitalaria?, ¿será suficiente con hacernos “oír”? ante esta pregunta y parafraseando a Raimbault, lo que no hay que olvidar es que “la Institución, por el hecho mismo de su carácter inevitablemente estático, conservador, represivo, es casi antinómico con el espíritu subversivo del psicoanálisis” (1980). Es decir, la institución está sostenida sobre un tejido simbólico que constituye su base, su historia y el referente que moviliza e influye en quienes la conforman de ahí que posea este carácter estático, sin embargo, la respuesta a la

pregunta no necesariamente es una negativa, “basta con que esto haya sido dicho en algún lado y que un oído entre doscientos lo haya escuchado, para que en un porvenir no muy lejano sus efectos estén asegurados”.(Lacan J. , 1966, pág. 97)

Teniendo en cuenta que es posible un lugar diferente para el psicólogo clínico dentro de la institución, este no debe olvidar su ética y principalmente su posición en la institución. Anteriormente ya se mencionó que el lugar del psicoanálisis es extraterritorial y el lugar del psicoanalista como lo plantea Greiser (Psicoanálisis sin diván, 2012, pág. 38), es éxtimo, de modo que puede desde ahí sostener el discurso analítico dentro de la institución, sin quedar obturado por lo instituido.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Este capítulo contiene el desarrollo de diversos conceptos psicoanalíticos tomados en cuenta durante las prácticas realizadas en SOLCA. Estos conceptos son fundamentales para poder teorizar la experiencia que se tuvo en la institución hospitalaria, sin los cuales no se hubiera tenido una idea clara de qué hacer. Cabe recalcar que en el momento de escuchar al paciente o familiar, el practicante no busca ubicar en el discurso del sujeto esos conceptos teóricos.

En este punto se expondrá las diferencias entre psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. Los dos primeros conceptos son mencionados por Lacan (2012) en su Acto de Fundación de la Escuela francesa de psicoanálisis, donde se resalta la importancia fundar un espacio donde se siga trabajando el psicoanálisis que Freud creó. Los dos últimos conceptos suelen ser tergiversados y empleados como sinónimos, produciendo incluso contradicciones epistemológicas.

Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado a la terapéutica, psicoterapia

Psicoanálisis puro. Lacan (2012) habla sobre una sección de psicoanálisis puro, refiriéndose a las discusiones sobre la teoría y la práctica psicoanalítica, cuyos participantes estén vinculados al psicoanálisis didáctico, es decir, a las personas que hayan pasado por su propia experiencia psicoanalítica o actualmente se encuentren trabajando sus propias formaciones del inconsciente.

El psicoanálisis puro o didáctico, se constituye como tal en la medida en que el sujeto mismo quiere pasar por la experiencia y es ahí donde se pondrá a prueba ese querer. Posteriormente tomará la decisión de querer ocupar la función de analista.

Resalta que “el psicoanálisis puro no es en sí mismo una técnica terapéutica.” (Lacan J. , 2012, pág. 249) Aunque como cita Miller a Lacan: “Todo el mundo sabe que el análisis tiene efectos beneficiosos que no duran más que un tiempo. Eso no impide que sea un respiro y que es mejor que no hacer nada.” (Miller J.-A. , 2001, pág. 21)

Miller ubica al psicoanálisis puro como una práctica que tiene su punto de partida en la transferencia como un algoritmo de saber, “y que si se lleva hasta sus últimas consecuencias se encuentra con un punto de detención.” (Miller J.-A. , 2001, pág. 30) Esto último se refiere a que un analizante que ha establecido una transferencia, es decir, que ha ubicado al analista en el lugar de sujeto supuesto saber y puede encontrarse de pronto en un momento donde se da cuenta que es él el que sabe, ya no le supone tanto a su analista. Por otro lado el autor habla sobre el objetivo del psicoanálisis puro que sería el pase, aunque dice que es un asunto problemático y que “en el marco de un análisis cada uno lo hace o cree hacerlo como puede, a su manera.” (Miller J.-A. , 2001, pág. 27)

El mismo autor dice que “el psicoanálisis puro no es más que uno de los usos a los que el psicoanalista se presta.” (Miller J.-A. , 1999, pág. 10). Así como no hay contraindicaciones al encuentro con el psicoanalista. Una condición que se requiere es que haya síntoma analítico y sufrimiento del síntoma, es decir, que el sujeto presente una queja sobre alguna situación, incluso una donde sean los otros que producen este malestar; pero a la vez que el mismo sujeto se implique en esto que le produce displacer, o por lo menos que se pregunte qué tiene que ver él en este malestar que le aqueja. (Miller J.-A. , 1999, pág. 11)

Psicoanálisis aplicado. Este concepto de psicoanálisis aplicado es muy debatido porque ¿cómo se puede hablar de aplicar el psicoanálisis a algo si un psicoanálisis se da con la decisión de un sujeto que quiere analizarse y no por el forzamiento de un analista de querer implementar un psicoanálisis donde todavía no hay las condiciones?

Lacan (2012) expone, en su Acto de Fundación, una sección de psicoanálisis aplicado.

Habrán allí grupos médicos, estén o no compuestos de sujetos psicoanalizados, por poco que se encuentren en condiciones de contribuir a la experiencia psicoanalítica; mediante la crítica de sus indicaciones en sus resultados; mediante la puesta a prueba de los términos categóricos y de las estructuras que en ella introduje como sosteniendo el hilo rector de la praxis freudiana; todo ello, en el examen clínico, en las definiciones nosográficas, en la posición misma de los proyectos terapéuticos. (pág. 249)

Miller (2001) habla sobre el psicoanálisis aplicado a la terapéutica resaltando que se trata de psicoanálisis.

Lo que hace falta es que el psicoanálisis aplicado a la terapéutica siga siendo psicoanálisis y que se preocupe por su identidad psicoanalítica... Exigirle que sea psicoanálisis, que no deje de serlo bajo el pretexto de la terapéutica y que no se deje arrastrar a franquear ese límite, esa diferencia. (pág. 9)

Se pudiera decir que el psicoanálisis aplicado, aplicado a la terapéutica, o modificando un poco, psicoanálisis con proyectos terapéuticos aplicado en

instituciones. En este caso no es que se forzaría que la persona que quiere hablar se constituya en analizante, sino que mediante la escucha y ciertas intervenciones del psicólogo, psicoanalista, practicante o médico el paciente se sienta aliviado. Ya luego se verá si esa persona que quiere hablar sobre alguna problemática después de sentirse mejor, quiere seguir hablando sobre otros asuntos. Más que nada se llamaría así para que ciertos participantes que quieran acudir a la Escuela y que tengan una experiencia en instituciones, también puedan aportar desde su práctica a las discusiones sobre el psicoanálisis. Por otro lado “el psicoanálisis terapéutico sería una forma restringida del psicoanálisis puro.” (Miller J.-A. , 2001, pág. 28)

Miller también menciona que el psicoanálisis aplicado a la terapéutica es el psicoanálisis en que el psicoanalista “decide moderar la potencia del dispositivo analítico.” (Miller J.-A. , 2012, pág. 79) Esto debido a que el dispositivo analítico empuja hacia la verdad y en algunas situaciones el sujeto no necesita o no soporta que sus semblantes se desbaraten.

Retomando el tema de la escucha que puede producir alivio, Miller (2001) explica que el acto de ubicarse en un lugar donde se escuche atentamente al paciente, ya le otorga al que lo hace en el lugar del Otro, lugar de la palabra, del lenguaje, potencialmente de sujeto supuesto saber. A su vez esto produciría que el sujeto pueda rectificar sus identificaciones. Al rectificar las identificaciones el sujeto más que nada cuestiona su posición frente a los otros, frente al mundo, frente a sí mismo.

Como afirma un psicoanalista: “El psicoanálisis no descuida los efectos terapéuticos, sin embargo no queda aferrado a ellos: avanza para producir el efecto sujeto. (Kruger, 2008)

Kruger agrega (Kruger, 2008):

Toda comprensión, toda escucha implica cierto alivio, es sentirse atendido, escuchado, es encontrar a alguien a quien uno le puede contar su sufrimiento. El cura, el médico, la mamá, un amigo, también el analista comparten este tipo de alojamiento. Pero el psicoanálisis agrega un elemento fundamental a todos estos discursos, un elemento que no comparte con ellos, agrega la producción de un sujeto que sólo es reconocible a partir de la interpretación del analista.

Es así cómo se explica que ser escuchado produce un efecto de alivio y cómo el psicoanálisis pone su particularidad en la dimensión de la interpretación que es considerada como una intervención por parte del analista. Intervención que es rescatada del discurso del paciente y que el mismo sujeto pasa por alto.

Gómez y Rivas (2005) indican:

En la práctica, el psicoanálisis aplicado a la terapéutica es la forma de extender el psicoanálisis a todos aquellos lugares donde un analista pueda recibir o escuchar la demanda de curación de un sujeto que encubra un deseo de saber latente. Deseo anidado en la demanda que se anudaría al deseo del analista, puesto en juego en el dispositivo que hará virar la demanda, al deseo que ésta encubre y llevará o conducirá al sujeto a llevar el saber al lugar de la verdad, como dijera Lacan. (pág. 17)

Psicoterapia. La Real Academia Española define a la psicoterapia como: “Tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas, por medio de la sugestión o persuasión o por otros procedimientos psíquicos.” (Diccionario de la lengua española, 2001)

Roudinesco (2005) escribe:

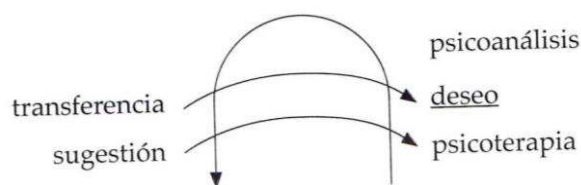
Desde que el médico inglés Daniel Hack Tuke creó en 1872 el término ‘psicoterapia’, que se popularizó luego en Francia gracias a Hippolyte Bernheim, este método de tratamiento de las enfermedades llamadas ‘psíquicas’ se expandió ampliamente en el mundo occidental, sobre todo en los Estados Unidos, hasta el punto de que es imposible definirla ahora como una disciplina singular poseedora de un fundamento sistematizado.

Actualmente, es preferible, en vez de recurrir al término ‘psicoterapia’, hablar de las psicoterapias. (pág. 35)

Hay que resaltar que ahora se prefiere hablar de psicoterapias debido a la variedad de prácticas que trabajan con el sufrimiento humano, teniendo en cuenta que no todas trabajan con la palabra. Incluso la psicoterapia nació de la cura magnética, pasando luego a ser reemplazada por la hipnosis y es Bernheim quien pasará de la hipnosis a la sugestión creando así la idea de una terapia basada en la pura relación imaginaria. Todas las psicoterapias se fundamentan en “la influencia que puede ejercer el terapeuta sobre el paciente, y a la creencia de éste en el poder de curar poseído por el curador.” (Roudinesco, 2005, pág. 45)

Miller resalta que cuando él habla de psicoterapia se refiere a “la que se apoya en la palabra, la que se funda en la escucha y en la palabra” (Miller J.-A. , 2001, pág. 12)

Miller presenta un esquema el cual será explicado a continuación:



En el nivel inferior, donde está ubicada la psicoterapia, también se halla al Otro. Esto está a la par con la sugestión. Si se sigue al nivel superior, donde se encuentra el psicoanálisis, que ha pasado por el deseo del analista, al mismo nivel se encuentra la transferencia. La psicoterapia opera como el discurso del amo ya que el terapeuta actúa como alguien que sabe y que incluso ordena lo que el paciente debe hacer para curarse. “En la psicoterapia se eludirá lo que cuestiona la omnipotencia del Otro.” (Miller J.-A. , 2001, pág. 15) También se hace énfasis en que en la psicoterapia no se plantea la cuestión del goce y esto ya produce una gran desigualdad con el psicoanálisis.

Discurso y posición del analista. Primero hay que aclarar qué se entiende por discurso. Para esto Braunstein afirma (2007):

Para Lacan hay una sola definición del discurso, es ‘lazo social’; donde hay vínculo social, hay discurso como relación entre sujetos (soporte). Un discurso que puede estar hecho de gestos, de palabras, de mentiras, de

racionalizaciones, de intelectualizaciones, de transformaciones en lo contrario, de sublimaciones, de restos de lo que queda en la represión, lo que ustedes gusten y manden; pero, siempre que alguien habla y que alguien escucha, se establece un vínculo social. (pág. 10)

Parafraseando a Lamovsky (2010), ella explica cómo Lacan desarrolla el discurso del analista. Con el matema a continuación se podrá explicar mejor:

$$\frac{\mathbf{a}}{\mathbf{S}_2} \longrightarrow \frac{\mathbf{S}}{\mathbf{S}_1}$$

El analista se ubica en el lugar del agente, haciendo semblante objeto a, lugar de causa de deseo que promueve el discurso del analizante y así desplegar sus formaciones del inconsciente, cabe resaltar que el analista hace semblante del objeto a, no es el objeto a. El analizante se ubica en el lugar del sujeto tachado. Braunstein (2007) agrega que el analista a su vez pone en pausa su saber inconsciente, es decir, que en su formación él es capaz de identificar que no hay sujeto supuesto saber y que él opera desde ese no saber. Él pone en pausa su saber teórico y al mismo tiempo el saber de su propio inconsciente. Así puede propiciar a que se produzcan estos significantes fundamentales a los que el analizante responde.

Miller (2012) comenta:

El inconsciente es el lugar del saber, es el lugar del eso sabe, que no es en modo alguno lo que constituye la posición del analista, salvo cuando se lo identifica o él se identifica con ese lugar. Pero lo que sostiene, al contrario del psicoterapeuta, es el trabajo del yo no sé. (pág. 167)

Aquí se evidencia cómo la posición del analista, es decir, la persona que se puede ubicar en ese lugar, debe operar bajo la regla de saber que se supone un sujeto supuesto saber, mas no que lo es.

Miller también escribe: “es imperativo para el analista distinguir siempre el enunciado de la enunciación y, paralelamente, el dicho del decir.” (Miller J.-A. , 2010, pág. 44). Con esto se refiere a que es imprescindible que el psicoanalista tenga en cuenta lo que el paciente dice y a su vez la posición en la cual se ubica con respecto a lo que dice. Para esto es necesario que se produzca una dialéctica en el discurso del paciente, la mayoría de veces gracias a la intervención del psicoanalista.

Freud escribe que se estaría en un error si se cree que aconsejar y guiar al sujeto forma parte de la influencia analítica. Aunque agrega que el analista que se halla “ante personas muy jóvenes o individuos muy desamparados o inestables” puede cumplir la función de educador, pero siendo consciente de lo que está haciendo y tomando todas las precauciones. (Freud, 2008, pág. 2392) Esta posición posible en la que se puede ubicar el analista debe ser tomada en cuenta para las intervenciones que puede hacer.

Domb (2007) afirma:

Un analista se prepara para escuchar al otro. Pero no solo para escuchar, hay que saber qué escuchar o, mejor dicho, hay que saber leer en eso que se escucha y realizar la intervención apropiada en cada ocasión. (pág. 11)

La interpretación. “Una interpretación hace ver, permite al sujeto eso-ver o saber.” (Miller J.-A. , 2012, pág. 169)

Catalá y Uriz (1991), afirman que la interpretación es un momento crucial de la experiencia analítica y que para Freud, esta tiene su lógica en la medida en que evidencia el sentido latente de un contenido manifiesto.

En cambio la interpretación lacaniana no busca descubrir el sentido oculto en las palabras ni en los sueños del analizante. La interpretación aparece e incluso sorprende al propio analista, esto debido a que “ninguna interpretación se formula desde una teoría; cuando el analista interpreta, no lo hace desde un saber teórico.” (Catalá & Uriz, 1991, pág. 80).

Bogaert García (1999, pág. 106) trabaja sobre la interpretación y dice: “El dicho interpretativo es una palabra que el analista dice sin saber lo que dice, y que nace del silencio. La interpretación no es el resultado de una reflexión premeditada para hacer consciente lo inconsciente.”

El mismo autor(Bogaert García, 1999) a la vez agrega ciertas citas de Nasio y comenta:

Conviene distinguir la interpretación propiamente dicha de otras intervenciones del analista. Nasio conserva el término interpretación “para designar el caso especial de un dicho conciso, que sorprende al analista que lo enuncia, tan raro, puntual e intempestivo como lo es un lapsus en el analizado. Dicho que tiene por efecto no hacer consciente lo inconsciente, sino producir lo inconsciente, relanzar la cadena de los significantes otros y convocar la consumación de otros acontecimientos”. En este sentido, afirma Nasio: “La mejor interpretación se dice siempre en dos o tres palabras breves,

a la manera de una réplica que toque, corte y puntúe el enunciado del analizado. El ejemplo más notable de interpretación es esa frase ultrarreducida llamada interjección que a veces cobra la forma elemental y simple de una exclamación. Incisa y concisa, la interjección –no importa cuál– impone el silencio y remite al analizado a una lejanía, hacia el horizonte de la dimensión abierta del Otro”. (pág. 106)

A continuación se explica que “En el curso de la cura, ‘el silencio es la norma, las intervenciones explicativas son frecuentes y la interpretación es rara” (Bogaert García, 1999, pág. 106). Con esta cita se tiene más claro que la interpretación no se da en cada sesión y que se la diferencia de la intervención, donde el analista puede hablar más. La interpretación es lacónica y apuntaría al goce. Cabe recalcar que es posible hacer una interpretación si se ha establecido una transferencia simbólica, es decir, el paciente ha ubicado al analista en el lugar del sujeto supuesto saber.

Es así como se dice que “La interpretación, para descifrar la diacronía de las repeticiones inconscientes, debe introducir en la sincronía de los significantes que allí se componen algo que bruscamente haga posible su traducción.” (Lacan J. , 2010, pág. 566)

Transferencia. La transferencia para el psicoanálisis es un concepto que, como muchos otros, ha tenido diversas acepciones desde Freud y Lacan.

Laplanche y Pontalis (2004) escriben sobre la transferencia:

Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica.

Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad.

Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura.

La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia. (pág. 439)

A lo largo de la obra de Freud se encuentra este término, siendo esta primordial para establecer el tratamiento. “La transferencia surge necesariamente en toda cura psicoanalítica”. (Freud, 2008, pág. 1648) Así también se muestra la transferencia “como el arma más poderosa de la resistencia y podemos deducir la conclusión de que la intensidad y la duración de la transferencia son efecto y manifestación de la resistencia.” (Freud, 2008, pág. 1651)

Freud (2008) explica que no se puede hablar solo de una transferencia sobre el médico porque por una parte ésta sirve para propiciar que el sujeto diga todo, pero por otro lado puede producir, en determinado momento, un estancamiento en las asociaciones libres, llamándose a esto resistencia. Es por esto que se habla de una transferencia positiva y otra negativa. La positiva está compuesta de sentimientos

cariñosos, amables, amistosos, etc.; mientras que la transferencia negativa está asociada a sentimientos hostiles que se producen sobre el psicoanalista durante la cura.

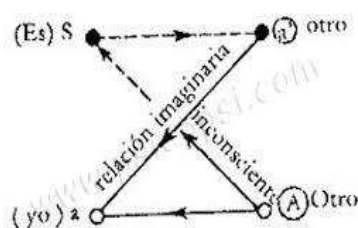
Por otro lado el mismo autor señala que los resultados del psicoanálisis descansan en la sugestión, entendiendo por sugestión “el influjo ejercido sobre un sujeto por medio de los fenómenos de transferencia en él posibles.” (Freud, 2008, pág. 1652). En este aspecto que menciona Freud hay que tener especial cuidado en no malinterpretar como si la sugestión que se produce es porque el psicoanalista la busca. La sugestión que se da es porque debido a la transferencia, es decir, en cómo el paciente ubica al médico, se produce automáticamente una influencia, sin buscarla. Freud(2008) escribe:

La transferencia no es por sí misma más que una repetición y la repetición, la transferencia del pretérito olvidado, pero no solo sobre el médico, sino sobre todos los demás sectores de la situación presente.

Cuando la cura comienza bajo el patrocinio de una transferencia positiva no muy acentuada, nos permite penetrar al principio, profundamente, en los recuerdos, como antes la hipnosis, y hasta los mismos síntomas patológicos permaneces acallados mientras tanto. Pero cuando en el curso ulterior del análisis se hace hostil o muy intensa esta transferencia, el recuerdo queda sustituido en el acto por la repetición, y a partir de este momento, las resistencias van marcando la sucesión de las repeticiones. El enfermo extrae el arsenal del pasado las armas con las cuales se defiende contra la continuación de la cura y de las cuales hemos de ir despojándole poco a poco. (pág. 1685)

Esto alude a que las resistencias producidas durante la cura psicoanalítica, más que nada si tienen gran intensidad, se ven reflejadas en las acciones que se tiene en todos los aspectos de su vida actual.

Lacan (2010) explica la transferencia con el siguiente gráfico:



En la línea S-A, que no es tal línea, sino que conviene establecerla, se produce la relación del sujeto con el Otro. El Otro no es tan sólo el Otro que no está presente, sino, literalmente, el lugar de la palabra... En esta línea se establece todo lo que corresponde a la transferencia, y lo imaginario juega precisamente un papel de filtro, incluso de obstáculo. (pág. 82)

Es así como se propone que la transferencia estaría en el registro de lo simbólico, mas siempre con el obstáculo de la relación imaginaria.

Además habla sobre la constitución del S.S.S, sujeto supuesto saber, el lugar que ocupa el analista, el cual “es una consecuencia de la estructura misma del discurso que acontece en la situación analítica” (Catalá & Uriz, 1991, pág. 75)

Se habla de que la transferencia es de amor, no tanto de que el analizante ame al analista sino de que desea hacerse amar por el analista. Es así como el analizante

se muestra amable, amistoso. En este punto también hay que recordar que “el amor de transferencia no es sin odio.” (Catalá & Uriz, 1991, pág. 72)

Este punto se puede relacionar con lo trabajado por Freud sobre la transferencia positiva y negativa, mencionada anteriormente. Así como se puede ubicar en el registro imaginario este aspecto de la transferencia.

Por otro lado Guerrero, Flor Marina; Herrera, Magdalena; Herrera, Ma. Augusta; Maruri, Jennie (2000) redactan:

La transferencia real se presenta cuando el analista está más allá de lo imaginario y del significante. A este imposible Lacan lo llamó la presencia del analista, se da en el momento en que el analizante siente que el analista lo va a devorar, pegar, es una sensación que el analista está allí.” (pág. 18)

Cabe recalcar que en una experiencia psicoanalítica se producen alternadamente estos tipos de transferencia, no es que solamente al principio se producen sentimientos amistosos, luego se ubica al analista en el lugar del sujeto supuesto saber, para finalmente ubicarlo como alguien a quien no se lo puede ni ver; a la transferencia, con sus diversos tipos de presentación, se la puede considerar un proceso complejo que se da durante todo el análisis.

Demanda. Este subcapítulo tratará principalmente sobre la demanda de análisis, pero primero se hará una breve diferenciación entre necesidad, demanda y deseo.

Reali (2012) explica que se llama necesidad, en psicoanálisis, al primer tiempo lógico donde la necesidad biológica tiene un objeto específico y se puede satisfacer

esta necesidad con objetos. Se ubica a la demanda como un segundo tiempo lógico, donde esta se ve envuelta en los significantes; convirtiéndose no en demanda de objeto sino de respuesta. Lacan dice que toda demanda es demanda de amor. En un tercer tiempo lógico aparece el deseo, parecido a la necesidad donde se designaba a un objeto. La diferencia es que en el deseo no hay satisfacción con un objeto específico, mejor dicho, a condición de convertirse en deseo su carácter principal es que siempre va a haber esta falta de objeto específico, permitiendo así que sea un sujeto deseante. El deseo tiene su similitud con la demanda, en la medida en que está articulado al Otro.

Retomando la demanda anteriormente descrita Domb (2007) escribe:

En cada análisis, hay una demanda de amor que se expresa o que permanece latente.

Por esta demanda, se instituye a quien se demanda en el lugar del Otro, ya que, se supone, tiene aquello que se le demanda y que depende de su buena voluntad, de su ternura o de su arbitrariedad para satisfacernos... Cuando se obtiene lo que supuestamente se demanda, de inmediato se pasa a demandar otra cosa; siempre es otra cosa...” (pág. 35)

Ahora se pasará a hablar sobre la demanda de análisis. Alguien que demanda análisis es un sujeto al que algo se le ha vuelto insoportable y es fuente de malestar.

Se indican dos tiempos:

El de las entrevistas previas y el de la entrada en el discurso analítico, transferencia ya desplegada. El primer tiempo apunta a que se instituya la demanda: el analista comienza por poner el cuerpo en el asunto, y ahí, de

alguna manera, ya está respondiendo a la demanda inicial. (Domb, 2007, pág. 37)

La demanda que se pretende instituir es la demanda de saber, de que el propio sujeto demande saber sobre su inconsciente. Cuando se habla de una frustración a la demanda Lacan comenta que “el analista es aquel que resiste la demanda, no como suele decirse para frustrar al sujeto, sino para que reaparezcan los significantes en que su frustración está retenida.” (Lacan J. , 2010, pág. 589) Esto alude a que la situación de la demanda es que nunca puede ser satisfecha, si se obtiene la respuesta que se demandaba, luego se demanda otra cosa. Por eso se habla de resistir la demanda, en tanto esto promueve que el sujeto no se estanque esperando una respuesta del analista sino que logre seguir asociando libremente y que se enfrente a su propio discurso. Aunque hay que tener en cuenta que decimos que hay demanda de análisis cuando se ha establecido el síntoma analítico, es decir, ese que se produce bajo transferencia.

Se habla de construir la demanda, así como con oferta, se crea la demanda. (Lacan J. , 2010, pág. 588). Igualmente se dice que:

Es por la oferta inequívoca de la escucha de aquello real que se espera en el advenimiento de los significantes y del amor en la transferencia, en el amor al saber como pacto necesario entre analizante y analista, donde se inicia la cura. (Gómez & Rivas, 2005, pág. 15)

La cuestión de una oferta inequívoca es primordial resaltarla, más que nada en la práctica en instituciones, debido a que así se puede ofertar un espacio de

escucha, donde un sujeto es invitado a hablar sobre lo que quiera. Así mismo es un espacio donde “el parloteo toma forma de pregunta y la pregunta misma gira hacia la respuesta.” (Miller J.-A. , 2009)

Lo inconsciente. Lo inconsciente para Freud no solo es lo reprimido. Actos relacionados con el aspecto psíquico inconsciente son los actos fallidos, los sueños, el síntoma psíquico y la neurosis. (Freud, 2008)

Freud (2008) agrega:

Pudiéramos decir que en general un acto psíquico pasa por dos fases con relación a su estado entre las cuales se halla intercalada una especie de examen (censura). En la primera fase el acto psíquico es inconsciente y pertenece al sistema Inc. Si al ser examinado por la censura es rechazado, le será negado el paso a la segunda fase; lo calificaremos como <<reprimido>> y tendrá que permanecer inconsciente. Pero si sale triunfante del examen, pasará a la segunda fase y a pertenecer al segundo sistema, o sea al que hemos convenido en llamar sistema Cc. Sin embargo, su relación con la consciencia no quedará fijamente determinada por su pertenencia al sistema Cc. No es todavía consciente, pero sí capaz de consciencia. (pág. 2065)

Freud en su obra magistral, “La interpretación de los sueños”, trabajó sobre la importancia que los pacientes le cuenten sus sueños para ser analizados. El método consistía en que el paciente relatara lo que recordara del sueño y dijera con qué lo asociaba. Freud escribe: “se revela cada uno de ellos (sueños) como un producto psíquico pleno de sentido, al que puede asignarse un lugar perfectamente

determinado en la actividad anímica de la vida despierta.” (Freud, 2008, pág. 349).

Con esta cita Freud concebía a los sueños como un producto del inconsciente que tenía estrecha relación con el sentido.

En el mismo texto freudiano, el autor pone a prueba su método de interpretación y publica un sueño que tuvo, para posteriormente analizarlo. Resalta que un sueño se analiza por partes, no en su totalidad. Mientras Freud narra las ideas que vienen con cada parte del sueño, llega a un punto donde no puede asociar más, le faltan palabras. Al pie de página publica: “sospecho que la interpretación de esta parte del sueño no fue continuada lo bastante para discutir todo su oculto sentido. ... Todo sueño presenta por lo menos un fragmento inescrutable, como un cordón umbilical por el que se hallase unido a lo incognoscible.” (Freud, 2008, pág. 415)

Lacan (2010, pág. 760) comenta que “el inconsciente, a partir de Freud, es una cadena de significantes que en algún sitio (en otro escenario, escribe él) se repite e insiste...” Así mismo escribe que el inconsciente está presente todo el tiempo en el discurso, pero por ejemplo el sujeto del inconsciente, ese que “no sabe lo que dice, ni siquiera que habla” (Lacan J. , 2010, pág. 762), a ese sujeto se lo sorprende en el corte del discurso, es decir en el corte de la cadena signifiante.

Lacan trabaja sobre lo real, lo imposible de nombrar. Se puede decir que en el concepto de inconsciente que trabaja Freud, sí considera a una parte de este inconsciente inaccesible a la consciencia, este sería el inconsciente real. Como dice Miller: “el inconsciente real no se deja interpretar.” (Miller J.-A. , 2012, pág. 121)

Repetición. Esta repetición puede ser planteada de dos maneras. La primera relacionada a la compulsión de repetir en el transcurso de la cura analítica, siendo así “la mejor manera de refrenar la compulsión repetidora del enfermo y convertirla en un motivo de recordar la tenemos en el manejo de la transferencia.” (Freud, 2008, pág. 1687)

“Mientras el sujeto permanece sometido al tratamiento no se libera de esta compulsión de repetir, y acabamos por comprender que este fenómeno constituye su manera especial de recordar.” (Freud, 2008, pág. 1685). Es así que durante la experiencia psicoanalítica el paciente, gracias a la transferencia, puede decir que no recuerda nada relacionado a algún tema pero esto lo reproduce como acto, sin saber que está repitiendo una situación de él mismo.

La segunda manera en la que se puede tomar este término de repetición es en la que está relacionada al más allá del placer, con eso que el sujeto sin querer buscar, o buscando, cae una y otra vez. También se lo puede trabajar como goce en Lacan. Este goce que está en el cuerpo y que siempre insiste en la vida del sujeto. Braunstein (2006) indica que hay tres goces:

1) El goce del cuerpo fuera del lenguaje (que estoy denominando goce del ser); 2) el goce que pasa por la articulación lenguajera sometida a la Ley, enmarcado por la cultura (llamado aquí y con Lacan goce fálico) y 3) un tercer goce, suplementario y situado más allá de la castración y de su símbolo que es el goce femenino para el que propongo reservar, a este sí, la denominación de goce del Otro (sexo). (pág. 153)

El sujeto neurótico puede poseer el goce fálico y el goce del Otro debido a que ha pasado por la castración, puede gozar limitadamente. Mientras que en el psicótico no ha habido una inscripción del nombre del padre y goza desmedidamente.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

Método y técnica.

Método y técnica visto desde el punto de vista científico. El trabajo de investigación que se ha realizado ha empleado dos modelos metodológicos, los cuales han sido utilizados para la elaboración del marco teórico, así como para la producción del capítulo correspondiente al análisis de casos.

En la construcción del trabajo se ha empleado la exégesis de textos en lo que toca a la sección teórica pura. Este método tiene sus orígenes en el griego proviniendo de la palabra ἐξήγησις que significa 'explicación' o 'relato', derivada de ἐξηγομαι, lo que significaría 'explicar', 'exponer' o 'interpretar'.(Significados, 2014). Es un concepto que involucra una interpretación crítica y completa de un texto, especialmente religioso, como el Antiguo y el Nuevo Testamento de la Biblia, el Talmud, el Midrásh y el Corán.(Wikipedia, 2014).

En general, este método pretendería interpretar el significado de textos de una manera rigurosa y objetiva. Esta forma de interpretación de un texto ha obtenido su influencia del llamado Código Napoleónico, el cual está basado en el análisis literal de un texto, teniendo en cuenta la gramática utilizada y el significado directo, dando por hecho que las palabras son utilizadas con un significado específico.

(Significados, 2014)

Método y técnica desde el psicoanálisis. En este punto se expondrá cómo se trabajó la parte práctica, es decir, cómo se abordó con los pacientes y familiares. El método que se utilizó fue el clínico psicoanalítico, el cual consiste en la contrastación de la experiencia filtrada por el marco teórico, además de saber que “la clínica es una reflexión sobre la práctica en la cual el sujeto es producto de ese proceso” (Hernández & Robles, 2013, pág. 42).

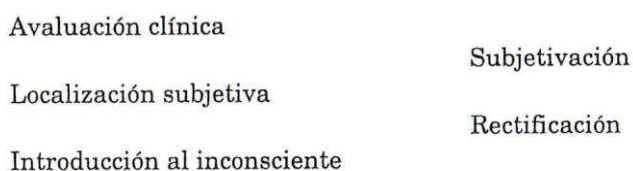
En la institución hospitalaria el practicante tenía una supervisión constante por parte del director de la práctica lo cual permitía que se logre depurar la técnica que empleaba. La técnica con la que se trabajó fue la de la escucha, teniendo en cuenta los significantes que se repetían en el discurso del paciente y/o familiar, así como las pausas o detenimientos en el discurso. La experiencia obtenida pudo brindar, gracias al método clínico, caso por caso, diversas respuestas de los sujetos frente a la oferta de un espacio donde la consigna implícita desde el principio fue: hableme de lo que usted quiera.

Las hipótesis planteadas daban cuenta de cómo el psicoanálisis puro se ve imposibilitado en la institución médica. El discurso institucional no da lugar al discurso psicoanalítico. Por otra parte, el practicante de psicología con el bagaje teórico psicoanalítico y con la supervisión permanente del director de prácticas puede permitir que se produzca una experiencia que respete ciertos conceptos como son: lo inconsciente, atención flotante, asociación libre, transferencia, demanda, etc. El practicante al tomar en cuenta estos puntos de la teoría puede producir que el paciente pueda aliviarse al encontrar un sentido respecto a lo que le acontece como malestar actual, pero resaltando que no hace psicoanálisis. Además de las hipótesis se tuvo en cuenta los objetivos del trabajo para tener en cuenta una guía de

investigación, esto además sirvió para la práctica, ya que los objetivos permitían en la práctica determinar qué intervenciones clínicas del psicólogo, realizadas en la institución, respetarían el marco teórico psicoanalítico y analizar las dificultades que se le presentan al psicólogo clínico al trabajar en una institución hospitalaria.

Como explica Miller (2010), en el análisis la técnica, del qué hacer, es siempre una cuestión ética, esto porque nos dirigimos al sujeto. Así mismo agrega que en la práctica no se tienen patrones, sino que se tienen principios. “Esos principios, principios de la práctica se transmiten sin explicitación a través del propio análisis. O si no, se transmiten a través de la supervisión.” (Miller J. , 2010, pág. 15)

En el siguiente gráfico se puede observar los niveles de la práctica en los que Miller explica la experiencia analítica, resaltando que cada nivel entra en el siguiente, sin haber una separación completa entre ellos.



En el primer nivel, donde está la evaluación clínica, se ubica la práctica de las entrevistas preliminares donde se realiza un diagnóstico preliminar para tener una idea de la estructura clínica de la persona que consulta. Además agrega: “ya en las entrevistas preliminares hay una función esencial del analista, la función del malentendido... Pero ¿qué quiere decir usted con esto?” (Miller J. , 2010, pág. 55)

En el caso del trabajo realizado en SOLCA se puede decir que en este nivel se encuentra también la oferta del espacio de escucha que se les hace a los pacientes y a

los familiares. Así como también la mayoría de intervenciones que se tuvo con los sujetos se limitaban a este nivel.

En el siguiente nivel se encuentra la localización subjetiva la cual permite que el sujeto se posicione frente a su dicho, es decir, que el sujeto se dé cuenta de qué posición está tomando en lo que dice. Como dice Miller: “La localización subjetiva introduce al sujeto en el inconsciente” (Miller J. , 2010, pág. 41).

Por último, se puede llegar a la introducción al inconsciente, nivel tres, gracias al paso de la rectificación subjetiva. Es así como Miller (2010) escribe que Lacan llamaba rectificación subjetiva a pasar del hecho de quejarse de los otros para quejarse de sí mismo y también cuando en el análisis el sujeto aprende que tiene una responsabilidad en lo que ocurre.

Barredo (2012, pág. 28) escribe sobre qué trabajo se puede dar en SOLCA: “Es posible que en algunos casos, en el hospital, se dé una subjetivación pasando a la localización subjetiva. Pero llegar a una rectificación e introducción al inconsciente es sumamente difícil...”. Es así como el trabajo en la institución hospitalaria, a pesar de ofertar a los pacientes y familiares el servicio de psicología, se limita con la mayoría de personas a la evaluación clínica; aunque unos pocos sí llegarían al nivel de la localización subjetiva.

Asociación libre. El diccionario de psicoanálisis de Pontalis y Laplanche (1996, pág. 35) define a la asociación libre como “un constitutivo de la técnica psicoanalítica” por lo que se ha visto prudente ubicarla dentro de este capítulo, con el fin de analizarla mediante el desarrollo teórico y de esta manera juzgar si se cumple o no dentro de lo que en SOLCA se realiza de parte de los practicantes.

Freud comienza a trabajar este concepto a finales del siglo XIX, y es en estudios sobre la histeria (Freud, 1895) donde comienza a argumentar sobre la efectividad de esta técnica, señalando que cuando se dejan de lado las representaciones-fin conscientes, el discurso del paciente pasa a ser regido por representaciones-fin Ocultas, poniendo en evidencia al inconsciente a partir de la expresión sin intencionalidad de todos los pensamientos que se le pueda ocurrir a los analizantes. Más adelante en la misma obra continúa trabajando sobre lo que luego llamaría la regla fundamental del psicoanálisis y se refiere a otra cuestión por lo que la asociación libre es fundamental en la relación analizante-analista, dejando que trabaje el inconsciente del sujeto y evitar ubicar ahí algo del inconsciente del analista (Freud, 1895), pero enseguida propone una forma específica de recibir este discurso del paciente de tal manera que deje funcionar lo más libremente posible el inconsciente del analizante evitando así que la subjetividad del analista entre en juego. Freud da cuenta de este error cuando Emmy Von R. le reclama por su insistencia en encontrar el origen de un síntoma, pidiéndole que la dejara hablar (Freud, 1895), quedando establecida la importancia de la libre asociación como medio fundamental para la entrada a lo inconsciente en el trabajo psicoanalítico.

La otra escena. Es a lo largo del desarrollo teórico que hace Freud, empezando con las históricas victorianas, donde aparece este término, no sin hacer una equivalencia a otro, el cual es fundante e inequívocamente uno de los principales aportes del psicoanálisis: Lo inconsciente.

Ya en “la observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico”(Freud, 1886), se puede observar cómo se va incorporando la concepción de una “escena” como elemento precursor de una enfermedad. Más adelante, con el caso de la Señorita Elisabeth von R (Freud, 1895), este elemento pasará a ser una “otra escena”, dándose espacio en un lugar distinto a lo anatómico, pero que tiene una consecuencia y un papel importante con lo que acontece en los síntomas neuróticos. Freud lo evidencia al relacionarlo en algún momento con el caso de histeria que trataba en ese momento, al referirse a una “otra escena” como aquella que desempeñó un papel fundamental en el enlace de los dolores con el estar sentado(Freud, 1895). De aquí entonces la pertinencia en unos de los objetivos que trata de alcanzar el practicante de psicología clínica en SOLCA, cuando desde un discurso sobre lo cotidiano y actual, se pasa a una “otra escena”, que presta conexiones con lo que acontece en el presente y da una suerte de sentido que alivia al paciente. Esta idea que trae Freud (1937, pág. 3336) alude a “hacer surgir de algo que ha sido olvidado a partir de la huellas que ha dejado tras de sí, o más correctamente, construirlo”. Esta idea de construcción conduce al hecho de que a partir de estas pistas se puede deducir algo de la escena reprimida, escena siempre recordada a medias, según lo indica Freud en la homología que hace entre el trabajo en el análisis y la arqueología (Freud, 1937). Pero al final de este artículo, invita a una reflexión sobre las construcciones que hacen los pacientes en análisis, ya que

puede dar cuenta de fenómenos alucinatorios, lo que invalidaría la veracidad de esos retornos de las escenas reprimidas.

Lacan habla un poco de esto a través de sus seminarios, reinstaurando en el psicoanálisis lo que es la “Otra escena”, distinta a la que reinventara Freud luego de tomarla de Fechner. Aquí habla de lo que está por detrás de toda construcción y por detrás de toda duda sobre la alucinación en la neurosis a la que se refería Freud. Lacan lo hace en “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis” (Lacan J. , 1953), donde actualiza al inconsciente en función de la palabra y las leyes del lenguaje. Se refiere a lo que falta en el decir, a lo que produce discontinuidades en el discurso de cada sujeto, discontinuidades que son solucionadas por un invento del sujeto que lo vuelve a incorporar en la novela familiar, ubicándolo de otra manera frente a su verdad. Pero Lacan se refiere a esto de una manera misteriosa, lo que da las pautas para pensar esto de una manera diferente: “El inconsciente es ese capítulo de mi historia que está marcado por un blanco u ocupado por un embuste: es el capítulo censurado” (Lacan J. , 1953, pág. 251). La verdad tiene entonces una estructura ficcional y lo único verdadero que podemos decir del inconsciente es que está vacío, tal cual lo dice Miller(2010). Con esto se define en Lacan lo que es el inconsciente y la Otra escena: siempre impasses, equivocaciones y vacíos, pudiéndose hacer solo la construcción de una verdad propia, de un saber hacer con el goce.

Atención flotante. Este punto a tratar es empleado por el practicante en el momento de intervenir con los pacientes y/o familiares. Para Freud la atención flotante es una regla técnica que se tiene en el tratamiento psicoanalítico, la cual consiste en “no intentar retener especialmente nada y acogerlo todo.” (Freud, 2008, pág. 1654)

Además agrega Freud (2008):

La norma de la conducta del médico podría formularse como sigue: Debe evitar toda influencia consciente sobre su facultad retentiva y abandonarse por completo a su memoria inconsciente. O en términos puramente técnicos: Debe escuchar al sujeto sin preocuparse de si retiene o no sus palabras. (pág. 1655)

Como indica Freud anteriormente, la atención flotante es una técnica utilizada por el psicoanalista para escuchar al paciente sin producir obstáculos en su escucha al limitarse solo en alguna frase o acontecimiento.

Brodsky (2002) escribe sobre lo que plantea Lacan sobre la atención flotante y dice que lo que le permite a los psicoanalistas operar es ubicarse en ese estado llamado atención flotante que “permite que cuando el analizante emite un pensamiento nosotros podemos tener otro muy diferente. Es una feliz casualidad de la que brota un relámpago. Y justamente es ahí que puede producirse la interpretación”(Brodsky, 2002)

Bordsky(2002) citando a Lacan:

Sigo entonces con la cita: "es decir, que debido a que tenemos una atención flotante oímos lo que el analizante ha dicho. Lo oímos a veces simplemente debido a una especie de equívoco, es decir, de una equivalencia material. Nos percatamos, porque lo padecemos, de que lo que ha dicho podría ser oído completamente al revés. Y es justamente al oírlo todo al revés que le permitimos advertir de dónde emergen sus pensamientos, su semiótica pura. Ella no emerge de otra cosa que de la ex-sistencia de la lengua. La lengua existe, existe en otra parte que en lo que él cree que es su mundo."

Esto se pudiera decir que tiene un planteamiento que da un paso más sobre lo propuesto por Freud donde se consideraba a la atención flotante como la técnica de no concentrarse en querer retener todo el discurso del paciente. Con Lacan se puede decir que el analista interviene con lo que a él le resuena de lo que escucha en el discurso del paciente e incluso así puede surgir una interpretación.

Aunque este concepto sea referido a una regla de los psicoanalistas y aunque el practicante no es un psicoanalista, se puede tener en cuenta también como una regla de una práctica que tiene como base el marco teórico psicoanalítico. Para que se respete más este método de trabajar con un sujeto y escuchar su discurso sin centrarse en algo específico, es preferible que el practicante trabaje aparte sus formaciones del inconsciente y sus propios obstáculos para que no influyan en las intervenciones que hace.

Limitaciones en la intervención con pacientes y familiares. El practicante toma en cuenta algunos aspectos para ver si hay una posibilidad de realizar un trabajo clínico con el paciente y/o el familiar. Como primer punto hay que tener en cuenta el estado de la persona, si ésta está tranquila o ansiosa. No se busca dejar a los pacientes en estado de ansiedad. Si ya están ansiosos se busca que mediante el relato logren tranquilizarse un poco. Hay situaciones donde es mejor no intervenir en ese momento, por ejemplo si la persona está conversando amablemente con otro paciente o con la persona que la está acompañando, si está dormida, si se encuentra muy medicada o cuando los médicos están haciendo sus rondas de revisión. Por otro lado se presentan ciertas limitaciones cuando, por ejemplo el paciente recibe su tratamiento en hospitalización por algunos días y muchas veces se le imposibilita hablar debido a los efectos de la medicina que recibe. En cuanto a los familiares se evidencian las limitaciones de intervenir en el momento en que tienen que hacer trámites en el hospital, comprar medicinas o incluso no siempre se puede trabajar con el mismo familiar del paciente porque se turnan con otros parientes del paciente.

Como segundo aspecto a tomar en cuenta para un trabajo clínico, se encuentra el hecho de si la persona realiza o no un relato. Esto se refiere a que si frente a las preguntas con las cuales se inicia la entrevista, como son por ejemplo, ¿cómo ha estado?, ¿cómo ha pasado la noche?, ¿alguien lo acompaña?, el paciente o familiar simplemente responden con una palabra, entonces con aquellos sujetos no se sigue la entrevista hasta lograr que relaten historias y pasen a otras escenas. Este es un elemento importante que el practicante debe tener en cuenta debido a que no hay que forzar que todos los pacientes relaten sobre su vida, sino que hay algunas personas

que expresan que se sienten bien y hay que respetar su posición, aunque mientras estén en la institución igual se los visita para ver cómo están.

Algunos pacientes luego de varias entrevistas diciendo que están bien, logran hacer un relato de alguna problemática actual y luego pasan a hablar de alguna situación del pasado. Si la persona realiza un relato las intervenciones del practicante, como se mencionó anteriormente, van orientadas a estar atento a los significantes que se repiten en su discurso, como dice Miller (2010, pág. 45):

“cuando se toma al pie de la letra lo que el otro dice, produce efectos”; esto se refiere a que al citar el o los significantes que la persona dijo, permite que pueda dialectizar su discurso y pueda disminuir la carga de goce. Además de que al tomar al pie de la letra lo que el otro dice, da cuenta de que se lo está escuchando. También hay que estar pendiente dónde se producen obstáculos, es decir, donde le faltan las palabras al sujeto; es ahí donde se puede intervenir promoviendo que diga algo.

Otra de las limitaciones con las que se encuentra el practicante es que luego de que el paciente o el familiar relata historias y pasa a otras escenas, incluso en varias entrevistas y con la presentación de obstáculos, llega una sesión donde la persona dice que todo está bien, que se siente bien, y hay que respetar su decisión de no querer seguir trabajando, por lo menos por un tiempo. Este último punto está considerado como una limitación para el practicante que tiene la idea, que debe desbaratar, de que todos los pacientes y familiares siempre van a tener una problemática de la cual hablar. Igual se hace un seguimiento de las personas con las que se trabaja, pero como se vio en la práctica, sí se producen efectos de alivio cuando se habla.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Análisis de lo desarrollado por medio de casos. En este punto se presentarán cuatro informes de prácticas, cada uno con un la reseña de la entrevista y con su respectivo comentario.

Caso B.N.**Reseña de la entrevista:**

B. N. es una paciente de 32 años con la que se tuvo varias entrevistas durante algunos ingresos que tuvo en el hospital. Las primeras entrevistas se dieron cuando estaba en tercer piso debido a un tumor cerebral que fue operado hace un año, pero que ha vuelto a aparecer y debía ser tratado con quimioterapia. Las siguientes entrevistas se tuvieron cuando estuvo en el área de cirugía. Finalmente se tuvo otras entrevistas otra vez en hospitalización, es decir, tercer piso.

En la primera entrevista, cuando por primera vez se le oferta el servicio de psicología, dice que todo está bien, siguiendo un gran silencio, frente a lo cual el practicante le dice que regresará mañana. En la segunda entrevista continúa diciendo que está bien y agrega que los doctores le han dicho que el tumor que tenía ha regresado y que debe esperar a ver qué pasa. En la tercera entrevista, teniendo las otras entrevistas en días seguidos, expresa que quiere salir del hospital por sus hijos, *“me hacen falta mis hijos, por ellos estoy luchando”* *“Ahora se están quedando con mi mamá que ha venido de Quevedo, y con mi papá que vive abajo de mi casa.”* *“Yo me separé del papá de ellos hace 4 meses y él me quitó a mi hijo de 2 meses pero luego yo se lo quitó a él, él decía que yo era incapacitada.”* Se interviene

preguntando qué piensa de esto y la paciente expresa: *“De él no pienso nada”*. En ese punto se vio que ya había relatado algo de su vida personal, además de que ella estaba tranquila, y se decidió dejar hasta ahí la entrevista de ese día.

En la siguiente entrevista se le pregunta cómo ha pasado y dice que bien. Retoma el tema de sus hijos diciendo que ya quiere salir para verlos, *“Ahora mis hijos se están quedando con mi padre y mi madrastra, además mi mamá cuando sale de aquí se va a cuidarlos. Ellos están en mi casa. Yo vivo sola donde mi papá, en el tercer piso, él vive en el primero con su mujer, en el segundo vive mi hermano.”* A continuación señala *“yo soy así, así decisiva, me separé hace 4 meses.”* *“Él me dejó (rápidamente rectifica y dice “yo lo dejé”).”* *“En la primera operación él me apoyó, luego no sé qué pasó.”* Se interviene preguntándole qué cree ella y relata *“lo demandé porque no me pasaba plata para mis hijos y él se enojó. Ha de ser por eso.”* Continúa hablando: *“He tomado decisiones, como luchar por mis hijos, como separarme de él, también le digo a mi mamá que me deje sola aquí porque prefiero que me ayude a cuidar a mis hijos.”*

Comenta que no le gusta hablar mucho de su vida, antes era activa, trabajaba. *“Ahora no hago nada, pero quisiera trabajar, no me gusta estar vaga. A los 20 años me casé y vivía con él. Yo era ama de casa, eso igual era hacer algo.”* Retoma el tema de ver a sus hijos, aunque hablando más sobre ver a su hijo. Expresa que a su madre no la va a extrañar cuando regrese a Quevedo, aunque se queda pensando y dice que sí lo hará porque la está ayudando a cuidar a sus hijos.

En la última entrevista de ese ingreso, ella anunció que ya le darían de alta, se le preguntó cómo estaba y lo primero que dijo fue: *“ya quiero salir, el papá se llevó a mis hijos. Se los llevó porque yo no salía rápido de aquí.”* *“Él también es*

orgulloso” ante esta última frase se le señala el también es orgulloso y la paciente continúa “sí, él no dice las cosas directas, él da vueltas, por ejemplo él me dice que recuerde que estuvimos juntos, no me dice que otra vez quiere estar conmigo.” “Yo no lo quiero ver porque después siento... (Hace un breve silencio) siento que me late el corazón. Eso ya está enterrado, yo le digo eso, aunque él insiste.” Expresa que no lo quiere ver porque está diferente, se le pregunta diferente cómo y relata “diferente mi cara, mi cuerpo, no tengo pelo, estoy hinchada y gorda, yo no era así”, se le pregunta si en algo más también está diferente y dice “él me dice que estoy diferente porque no quiero hablar con él.”

En el segundo ingreso, en cirugía, B. N. relata que ha ingresado otra vez, que está tranquila por lo que los doctores le han dicho sobre la operación. *“Estoy más tranquila, mis hijos están con la abuela, yo hablo con ella. Con el papá también hablo, antes también hablaba de todo y muy poco de los hijos.”* Se le resalta el hecho de que habla con el papá también y continúa. *“Ahora él me dice que por qué lo demandé y yo le digo que lo hice por mis hijos, que ellos son más importantes.”*

En la siguiente entrevista cuenta: *“Ya quiero salir de aquí y que me saquen esto (vías). Soñé que ya me sacaban esto. Con el papá de mis hijos me llevo bien, no es que me reconcilié con él, me llevo bien. Él me habla del pasado de como éramos, me dice que yo soy la mujer de su vida. Yo no le he dicho dónde estoy porque no quiero que me vea así”* – se interviene y se puntúa “así” y sigue- *“así hinchada, con bigote, tengo unas ronchas, parece que de los medicamentos.”* Continúa *“Mis chiquitos están donde la abuela, ahora hablo con ella y con mi esposo. La abuela vive con el papá de ellos (hijos), Luis. Ahí viven algunas personas pero ellos no comen en la noche, solo se toman una agüita y mis hijos sí comen. La otra vez que*

fue mi hija parece que no había comido porque llegó a la casa y se comió todito. Yo estoy diferente”- se resalta “diferente”- “diferente porque estoy hinchada, tengo granos, ya quiero que se me vaya esto. Yo tengo mi cara fina.”

En otra entrevista se le pregunta cómo ha estado y cómo ha pasado la noche. B. N. relata: *“Mi mamá no durmió aquí porque el esposo vino de Quevedo. Me da coraje que ella sea así, idiota, ella piensa que el esposo está aquí por amor para acompañarla.”* Se interviene preguntando qué cree ella y responde: *“Yo pienso que es por celos, si a él lo conoció aquí, aquí en SOLCA cuando estaba con mi hermano hace 3 o 4 años. Mi hermano tuvo leucemia.”* Se interviene diciendo: ah, su hermano tuvo leucemia y la paciente relata: *“Sí, mi hermano tuvo leucemia y mi mamá venía a cuidarlo y luego se fue. Ella siempre ha sido así, si ella nos dejó abandonados a los 4 años por irse con otro hombre. Yo soy la menor de mi mamá. Si uno está con un enfermo, ¿es para que se quede con él, no? Ella no cambia, es como chiquilla enamorada, ella hace lo que él le dice. Mi esposo la odia, ni la puede ver.”* Frente al relato de la paciente se interviene con el silencio y luego ella misma cambia el tema y dice: *“Igual me ayudan las enfermeras o los familiares de los otros pacientes cuando tengo que ir al baño.”*

Después de este relato las siguientes entrevistas, en otro ingreso, que se tuvieron con la paciente giraban alrededor de que todo estaba bien. Se intervino preguntándole cómo estaban sus hijos y dijo que estaban bien; incluso mostró al practicante fotos de su hijo menor. Se la siguió visitando, pero mencionaba que todo estaba bien aunque su madre no al estuviera acompañando porque había regresado a Quevedo.

Comentario

En la primera entrevista cuando se le ofreció el servicio dijo que todo estaba bien. Se la siguió visitando y en las siguientes entrevistas se le preguntó cómo estaba y fue así que logró relatar aspectos de su enfermedad y sus ganas de salir para ver a sus hijos. Es así que con el significante “hijos” pasó a otras escenas como la relación que tenía y tiene con el padre de sus hijos. Por otro lado dice que no va a extrañar a su madre, aunque luego cambia y dice que sí la va a extrañar pero porque la está ayudando con sus hijos, ya aquí sale un tema que posteriormente tratará. La paciente tuvo dificultades para decir lo que siente cuando ve a su ex pareja, aunque ella en su discurso dice que ya “está enterrado”. También habría algo con respecto a su imagen y con la idea de cómo él la vería, ya que ella afirma que “está diferente”.

La paciente hace cambios de escena, la mayoría de veces con intervenciones como señalamientos de ciertas palabras o frases del discurso de la paciente, o en otras situaciones con alguna pregunta como “¿cómo pasó la noche?”. Es así como ella logra pasar a otra escena, escena en la cual su madre la “dejó abandonada a los 4 años” y ahora también se va con un hombre. Se pudiera decir que el afecto que ella describe, “coraje”, no sería solo por la situación actual que la madre la dejó una noche sola, sino que este afecto iría asociado con la idea de que la dejó abandonada cuando era niña. Estas son conjeturas que surgen debido a las entrevistas que se ha tenido, pero no son expuestas al paciente porque se sabe que se tienen pocas entrevistas y todavía no se ha establecido una demanda de trabajo. Se tuvo más entrevistas con la paciente, sin embargo no volvió a hablar del tema del abandono de la madre. No se presentaron obstáculos en su discurso, salvo la dificultad en las primeras entrevistas de mencionar lo que siente si ve a su ex pareja.

En este caso se puede dar cuenta cómo a pesar de que al principio se decía que todo estaba bien y que no había ningún tema que tratar, se produce un giro para hablar de una problemática actual, la situación con la ex pareja, para terminar hablando del abandono de la madre donde se pudiera considerar que hay un detenimiento en el trabajo clínico.

Además se puede dar cuenta de una oferta del trabajo clínico que a pesar de no ser insistente, porque no se le decía a la paciente que hable de su vida, sino que era constante porque se pasaba por la sala y si estaba despierta se le preguntaba cómo estaba y fue así que empezó a relatar. También se puede decir que sí se acercó a puntos que ella anteriormente no se había detenido a pensar, pero no se logró establecer un punto específico donde se produzca una demanda de trabajo, por lo menos hasta donde se tuvo las entrevistas con ella.

Caso G.G.**Reseña de la entrevista:**

Al llegar y abordar a la paciente, se le ofrece el servicio y se la invita a que hable de cualquier cosa que le moleste. A continuación dice:

“Estoy aquí porque aquí están los que tienen leucemia. Me paso viendo televisión. Así me entretengo. Me hace olvidar que estoy aquí.”

¿Ah sí? ¿Y qué es lo que la hace olvidar exactamente de aquí?

“A las personas que están conmigo y lo que tengo. Cuando salga de aquí, regresare a Bahía, luego a Manta para terminar de estudiar. Quiero disfrutar de la vida, viajar por todo el Ecuador.”

Cuénteme de esos viajes...

“Viajaré a Cuenca con Ivo (tío). Hicimos una promesa. Cuando se cure de su pierna (accidente en moto) y yo salga de aquí, viajaremos. Luego iré con mi mamá a Baños y al final viajare con mis amigas.”

¿Y porque viajes?

“Me gusta viajar y creo que no he conocido el Ecuador en su totalidad.”

Llega la mamá y se da por finalizada la visita de ese día.

Comentario

La paciente se presenta con un rótulo médico, pues desde el principio da por sentado que en esa sala están los que tienen leucemia, limitando su discurso en principio solo en lo que tiene que ver con su enfermedad. De esta manera queda borrada su singularidad, impidiendo hablar de lo que la aqueja más allá de la enfermedad. Se puede dar cuenta como a través de la entrevista puede decir algo,

pero que luego vuelve a ser opacado por el discurso médico. Este discurso tiene entonces una doble función: Resguardar al médico de lo angustioso de la enfermedad del paciente, ubicándolo como una mera enfermedad. El paciente se vuelve una nosografía, un ente sin sufrimiento; y lo que interesa aquí, el paciente salvaguarda todo lo que tiene que ver con los efectos subjetivos que causa la enfermedad, preocupándose por la cura, apelando a la demanda que hace al galeno o tratando de olvidarla con la televisión o los viajes. En todo caso, se ha logrado trabajar una terapéutica en base a los objetivos de la práctica. El paciente ha hablado de algo más allá de la enfermedad y se ha conseguido dejarla en un estado de aparente bienestar.

Caso M.O.**Reseña de la entrevista:**

La paciente tiene 28 años y se tiene con ella varias entrevistas mientras ingresa a recibir su tratamiento de quimioterapia.

En la primera entrevista que se tiene con ella relata sobre su situación sentimental con el padre de su hijo. *“Yo tengo un hijo y ahora estoy separada del papá porque él toma mucho y ya he tenido algunos problemas con él. Él quiere que yo pase encerrada en la casa y que no haga nada. Yo trabajo vendiendo productos y tengo que salir, pero él quiere que me quede en la casa. Yo sé que tengo que trabajar por mi hijo.”* Se decide hacer un corte en la entrevista y le indica que se regresará para seguir hablando.

En otra entrevista narra: *“Otra vez ingresada, me peleé con mi mamá porque ella ha sido libre”* se señala libre y sigue: *“libre porque si la llamaban para salir e irse de viaje, ella se iba y ahora está en la casa encerrada cuidando a mi hijo. Dice que está cansada. Yo le digo que me ayude, que soy su hija, no su nuera. Estoy aburrida de estar aquí, me hicieron 18 quimio ambulatorias y no me hicieron nada. Le reclamo a dios, reniego de lo que él no me cura. Me dicen que tenga fe, pero a veces no la tengo porque he pasado por tanto.”* Se resalta “tanto” y sigue hablando de las quimioterapias que ha recibido. *“He dicho que después de esta tercera quimio yo ya no quiero más, quiero que me hagan algo nuevo, no sé, que me abran, que me den radioterapia, eso le dije a la doctora. Me siento encerrada ya al tercer día, a pesar que me llaman y me vengán a ver.”* Se le resalta el “encerrada” y continúa: *“me desespero, ya quiero salir, me desespero por los sueros porque si pudiera estar aquí caminando fuera mejor.”*

Relata que sus padres se separaron cuando ella tenía 7 años y piensa en qué es lo que quiere para su hijo, ya que ella está separada de su esposo.

En otra entrevista inicia su discurso hablando sobre la quimioterapia. *“Me cambiaron el protocolo. Yo le dije a la doctora que me disculpe, que no estoy despreciando el tratamiento pero me siento como un conejillo de indias, que están probando conmigo. Me siento impotente.”* Hace una pausa y se le pregunta qué más de ella y habla sobre la relación con su esposo.

“No sé qué hacer con mi esposo, si regresar por mi hijo... Yo viví la separación de mis papás y yo pensaba que es mejor criar sola a mi hijo pero en un ambiente sin peleas, pero ahora no sé porque mi hijo se contenta cuando lo ve. Tengo miedo de fracasar otra vez”. Se le señala “otra vez” y dice: *“Porque tendría vergüenza de mi familia porque si regreso con él, y yo ya sé cómo es, y si después otra vez regreso a mi casa. Mi familia me apoya ahora que estoy sola.”*

Comentario

La paciente pasa a otras escenas, a veces sin alguna intervención. No tiene obstáculos ni detenimientos, aunque su discurso nota una queja. Una queja hacia los doctores, incluso hacia dios.

En la primera entrevista relata que el padre de su hijo, que en otro momento dice que es su esposo, quiere que pase *“encerrada en la casa”*. Posteriormente menciona que su madre *“ahora está en la casa encerrada cuidando a mi hijo”*, y luego dice: *“estoy aburrida de estar aquí... Me siento encerrada”*. Es un significante que se repite, en situaciones de ella y de su madre; así mismo es un significante que

se lo puntúa en la intervención que se hace y que en las siguientes entrevistas que se tuvo no lo volvió a decir.

También habla sobre el “*miedo de fracasar otra vez*” refiriéndose a la relación de pareja, como si ya hubiera sido un fracaso el hecho que estuvo con esa persona.

Caso B.B.**Reseña de la entrevista:**

B. B., al regresar a SOLCA debido a que deben aplicar quimioterapias a su hijo como parte del tratamiento, y al preguntar cómo ha estado, responde diciendo que se encuentra bien, pero aún tiene problemas con uno de sus hijos, debido a que la han llamado del colegio para citarla y derivarla con un psicólogo de una institución que no recuerda.

Comenta que esta psicóloga le ha dicho que por lo que ella está haciendo puede ir presa, debido a que no atiende a su hijo. Menciona que al exponer los motivos, la profesional le ha aconsejado que se vaya a vivir con su mamá para que esta le ayude con sus otros hijos. Comenta que le pidió a la mamá que le ayudara pero esta se negó argumentando que no puede porque tiene que arreglar unos asuntos personales. Además, destaca que ella tiene su familia y que no ve correcto pedirle ayuda a su mamá. Así mismo comenta que su papá ve a sus hijos, debido a que vive cerca de su casa.

Más adelante, menciona que ella es padre y madre para sus hijos y que aunque el padre de sus dos hijos mayores le ayuda, el otro no, cuestión que se pide que hable más detalladamente. Dice que el padre de sus dos hijos menores, no le ayuda y que incluso la maltrata cuando la ve. Narra un episodio en el que ella desayunaba afuera de SOLCA y que el ex –esposo al verla en una mesa con otro hombre, le pegó. Continúa la narración relatando que el esposo le pegaba, la maltrataba y le gustaba chantajear. Respecto a esto último, recuerda que al principio caía en estos chantajes pero que luego ya no. Pasa a relatar dos intentos de suicidio por parte de este último ex – conviviente. Respecto al primer intento, menciona que

cuando ocurrió, ella llamó a la policía porque pensaba que ya había muerto, pero no fue así. Llegó una ambulancia y lo llevaron al hospital, donde le hicieron un lavado de estómago. En un segundo intento, la entrevistada menciona que él le dijo por teléfono que la iba a dejar en paz. Comenta que llamó a su ex –cuñada y le advirtió de la intención de él. Él se puso bien mal en esa ocasión, motivo por el cual, la cuñada ya no le quiso ayudar con el niño que se encuentra en SOLCA.

Al final de la entrevista menciona que todo esto le hace sentir algo en la garganta, cuestión que al motivar que le ubique un nombre, le llama “desesperación”. Luego de esto, comenta que se siente desesperada porque todos le piden más de lo que ella puede dar, por lo que se le pregunta quiénes son “todos”. Menciona a la psicóloga, a la directora del colegio del hijo con problemas y se imagina una situación para comentar que si se fuera a atender a su hijo, le reclamarían en SOLCA por no atender a este hijo enfermo. Termina diciendo que no queda más que seguir adelante, mientras se levanta a atender a su hijo que acababa de despertar.

Comentario

A lo largo de la entrevista, B. B. muestra una queja por las exigencias de las personas, cuestión que se nota a manera retroactiva luego de ubicar en palabras aquella sensación en la garganta, que nombra como “desesperación”. Se puede dar cuenta como abrir camino a través de la cadena significativa, permite ubicar en palabras algo más allá de la nominación de esto real y posibilita una ubicación respecto a los otros y como se ve ella respecto a estas personas, cuestión que al mismo tiempo corta la entrevista.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a los objetivos específicos del presente trabajo, previo a obtener el título de licenciado en psicología clínica, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

De acuerdo a la diferenciación entre psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia se puede decir tal como afirma Miller (2001) que el psicoanálisis no debe dejar de ser bajo el pretexto de la terapéutica ya que el psicoanálisis aplicado a la terapéutica es el psicoanálisis en que el psicoanalista “decide moderar la potencia del dispositivo analítico.” (Miller J.-A. , 2012, pág. 79), es decir, trabajar con el psicoanálisis respetando sus principios sin llegar a remover ciertos significantes que sostienen al sujeto debido a las limitaciones en el encuadre. Por otro lado la diferencia entre el psicoanálisis y la psicoterapia se ubica principalmente en lo que concierne al goce, así como que en la psicoterapia opera el discurso del amo por parte del terapeuta negando lo polémico de la omnipotencia del Otro, tal como menciona Miller (2001).

Así mismo, a lo largo del trabajo realizado en SOLCA se puede dar cuenta de ciertas intervenciones de parte del practicante de psicología clínica que respeta el marco teórico psicoanalítico. Entre ellas se pueden destacar el resaltar ciertos significantes que se repiten en el discurso del paciente y/o familiares los cuales tienen que ver con eso que el sujeto sin querer buscar, o buscando, cae una y otra vez. También se lo puede trabajar como goce. Este goce que está en el cuerpo y que siempre insiste en la vida del sujeto. Otro punto destacable en la práctica y que tiene en relación con el marco teórico psicoanalítico es la atención flotante, regla técnica

que se tiene en el análisis la cual se trata tal como señala Freud: “no intentar retener especialmente nada y acogerlo todo.” (2008, pág. 1654) y así escuchar al paciente sin producir obstáculos en su escucha al limitarse solo en alguna frase o acontecimiento. Además, otro elemento que se ha tomado en cuenta es el pasaje a la otra escena, argumentándose en lo que Freud dice de eso en *Estudios sobre la histeria*. En esta obra señala la importancia que tiene en la formación de síntomas neuróticos. De aquí entonces la pertinencia en unos de los objetivos que trata de alcanzar el practicante de psicología clínica en SOLCA, cuando desde un discurso sobre lo cotidiano y actual, se pasa a una “otra escena”, que presta conexiones con lo que acontece en el presente y da una suerte de sentido que alivia al paciente.

Como último punto que se considerará dentro de los aspectos que el practicante de psicología clínica donde ha intervenido respetando el marco teórico psicoanalítico se encuentra la asociación libre. Este concepto como dice Freud (1895) es una técnica donde se dejan de lado las representaciones-fin conscientes, el discurso del paciente pasa a ser regido por representaciones-fin Ocultas, poniendo en evidencia al inconsciente a partir de la expresión sin intencionalidad de todos los pensamientos que se le pueda ocurrir a los analizantes; es decir, que gracias a que la persona que realiza la entrevista tiene en cuenta esta dimensión de que el otro puede asociar libremente, se produce un encuentro donde la sesión no se limita a preguntas preestablecidas y respuestas de sí o no.

Las dificultades con las que se encuentra el psicólogo clínico en la institución son varias. Desde el hecho de que la propia institución puede demandar de una atención rápida donde el sujeto se tranquilice previo a una intervención quirúrgica hasta el punto de no saber el nombre del paciente y limitarse al número de cama.

Estas son dificultades que el psicólogo clínico debe saber lidiar y así hacerse un lugar donde posibilite un trabajo, un trabajo que permita que los pacientes y familiares puedan tener un espacio para hablar de lo que les aqueja y así, tal vez, poder aliviarse un poco.

En las hipótesis planteadas al inicio se expone que el psicoanálisis puro se ve imposibilitado en la institución médica, así como en general el discurso institucional no es compatible con el discurso psicoanalítico. Como última hipótesis se manifestó que existe un alivio por parte del paciente y/o familiar al encontrar un sentido respecto a lo que le acontece como malestar actual. Estas hipótesis son corroboradas durante el trabajo gracias a los dos métodos empleados, por una parte la parte teórica y por otra, la parte práctica.

En las recomendaciones que se pueden presentar en este trabajo se encuentra la propuesta de seguir ofertando el servicio de psicología a todos los pacientes y familiares de las distintas áreas de la institución hospitalaria SOLCA. Hay que recordar que con una oferta se puede crear una demanda y siempre va a haber alguien que quiera hablar de lo que le está aconteciendo y alguien dispuesto a escucharlo; esto producirá cierto apaciguamiento del malestar, por lo menos por un tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- La Universidad - Misión, Visión y Objetivos. (2014). *Universidad Católica de Santiago de Guayaquil*. Recuperado el 20 de Marzo de 2014, de http://www2.ucsg.edu.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=796
- Barredo, C. (2012). *Propuesta de atención psicológica a madres del área de pediatría de SOLCA*. Guayaquil.
- Belaga, G. (2009). *Respuestas a lo impolítico de las urgencias subjetivas*. Obtenido de Virtualia: <http://virtualia.eol.org.ar/019/template.asp?dossier/belaga.html>
- Benedito, G. (1975). Rol del psicólogo: rol asignado, rol asumido y rol posible. En N. Braunstein, M. Pasternac, G. Benedito, & F. Saal, *Psicología, ideología y ciencia*. Buenos Aires: sibro XXI.
- Bogaert García, H. (1999). *La Transferencia: una investigación clínica con el test de Rorschach*. Santo Domingo: Instituto tecnológico de Santo Domingo.
- Braunstein, N. (2006). *El goce: Un concepto lacaniano*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Braunstein, N. (2007). *Seminario: ¿Hay una patología limítrofe?* Guayaquil: Editorial Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Brodsky, G. (2002). *Escuela de la Orientación Lacaniana*. Recuperado el 25 de Marzo de 2014, de http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=jornadas&SubSec=jornadas_eol&File=jornadas_eol/012/textos/brodsky.html
- Carrera Psicología Clínica - Área de Investigación. (2013). *Universidad Católica de Santiago de Guayaquil*. Recuperado el 18 de Marzo de 2014, de

http://www2.ucsg.edu.ec/filosofia/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=62

Castoriadis, C. (1983). *La institución imaginaria de la sociedad (vol. 1)*. Barcelona: Tusquets.

Castoriadis, C. (1999). *Figuras de lo pensable*. Frónesis.

Catalá, C., & Uriz, R. (1991). *Qué es un niño en Psicoanálisis*. Pamplona: Asociación de Psicoanálisis Lacaniano de Pamplona.

Diccionario de la lengua española. (2001). *Real Academia Española*. Recuperado el 22 de Marzo de 2014, de <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=psicoterapia>

Domb, B. (2007). *La posición del analista y la eficacia del psicoanálisis*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones .

Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica* . Argentina: siglo XXI.

Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: siglo XXI.

Freud, S. (1886). Obras completas de Sigmund Freud. En S. Freud, *Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1895). Estudios sobre la histeria. En S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1937). Construcciones en análisis. En S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Freud, S. (2008). Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico (1912). En S. Freud, *Obras Completas Tomo II* (págs. 1654-1660). Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2008). La dinámica de la transferencia (1912). En S. Freud, *Obras Completas Tomo II* (págs. 1648-1653). Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2008). La iniciación del tratamiento (1913). En S. Freud, *Obras Completas Tomo II* (págs. 1661-1674). Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2008). *La interpretación de los sueños*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2008). Lecciones introductorias al psicoanálisis 1915. En S. Freud, *Obras Completas Tomo II* (págs. 2123-2442). Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2008). Lo inconsciente (1915). En S. Freud, *Obras Completas Tomo II* (págs. 2061-2082). Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2008). Los caminos de la terapia psicoanalítica (1918-1919). En S. Freud, *Obras Completas Tomo III* (págs. 2457-2462). Buenos Aires : El Ateneo .
- Freud, S. (2008). Observaciones sobre el "amor de transferencia" (1914-1915). En S. Freud, *Obras Completas Tomo II* (págs. 1689-1696). Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2008). Recuerdo, repetición y elaboración (1914). En S. Freud, *Obras Completas Tomo II* (págs. 1683-1688). Buenos Aires: El Ateneo.
- Gómez, R. (1989). Reflexiones sobre la relación médico paciente. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*.
- Gómez, R., & Rivas, E. (2005). *La práctica analítica en las instituciones de Salud Mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Greise, I. (2012). *Psicoanálisis sin diván*. Buenos Aires: Paidós.

Guerrero, Flor Marina; Herrera, Magdalena; Herrera, Ma. Augusta; Maruri, Jennie .

(2000). *La psicoterapia con orientación analítica en instituciones hospitalarias*. Guayaquil.

Hernández, E., & Robles, A. (2013). *Fundamentos Teórico-Técnicos de un*

Dispositivo de Atención de Psicoanálisis Aplicado a la Terapéutica en SOLCA. Guayaquil.

Hospital Roberto Gilbert. (2013). Obtenido de <http://hospitalrobertogilbert.med.ec/>

Instituto oncológico nacional Dr. Juan Tanca Marengo. (2014). *Sociedad de Lucha*

Contra el Cancer. Recuperado el 1 de abril de 2014, de <http://www.solca.med.ec/>

Jean Laplanche; Jean-Bertrand Pontalis. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*.

Buenos Aires: Paidós.

Kruger, F. (Enero - Febrero de 2008). *Virtualia - Revista digital de la Escuela de la*

Orientación Lacaniana. Recuperado el 22 de Marzo de 2014, de <http://virtualia.eol.org.ar/017/default.asp?miscelaneas/kruger.html>

Lacan, J. (1953). Escritos I. En J. Lacan, *Función y campo de la palabra*. Buenos

Aires, Argentina: Siglo XXI.

Lacan, J. (21 de junio de 1964). *Escuela de Orientacion Lacaniana*. Obtenido de

http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=la_escuela&SubSec=estatutos&File=estatutos/jacques_lacan.html

Lacan, J. (1965-66). La ciencia y la verdad. En J. Lacan, *Escritos 2* (págs. 834-866).

México: Siglo XXI.

Lacan, J. (1966). Psicoanálisis y medicina. En J. Lacan, *Intervenciones y Textos*.

Buenos Aires: Manantial.

Lacan, J. (2010). *El seminario de Jacques Lacan: libro 4: la relación con el objeto*.

Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (2010). La dirección de la cura y los principios de su poder. En J. Lacan,

Escritos 2 (págs. 559-611). Buenos Aires : Siglo Veintiuno Editores.

Lacan, J. (2010). Subversión del sujeto y dialéctica del deseo. En *Escritos 2* (págs.

755-787). Buenos Aires: Siglo XXI.

Lacan, J. (2012). Acto de fundación 1971. En J. Lacan, *Otros escritos* (págs. 247-

259). Buenos Aires: Paidós.

Lamovsky, L. (2010). *Escuela Freudiana de Buenos Aires* . Recuperado el 22 de

Marzo de 2014, de

http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_200.pdf

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona,

Espana: Paidos Iberica.

Laurent, E. (1994). Estado, Sociedad, Psiconálisis. *Uno por Uno, revista mundial de*

psicoanálisis, 34-52.

Laurent, E. (2002). *El revés del trauma*. Obtenido de Virtualia:

<http://virtualia.eol.org.ar/006/default.asp?notas/elaurent-01.html>

Laurent, E. (2004). ¿Cómo tragarse la píldora? En E. Laurent, *Ciudades analíticas*.

¿Cómo tragarse la píldora? Ciudades analíticas: Tres Haches.

Laurent, E. (2004). *¿Cómo tragarse la píldora? Ciudades analíticas*. ¿Cómo tragarse

la píldora? Ciudades analíticas: Tres Haches.

Millas, D. (2009). *En encuentro en la ciudad: "Síntoma y lazo social"*. Obtenido de

Virtualia: <http://virtualia.eol.org.ar/019/template.asp?dossier/millas.html>

Miller, J. (2010). Conferencias porteñas. En J. Miller, *El debate Freud-Lacan*.

Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Miller, J. (2010). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.

Miller, J.-A. (1999). Las contraindicaciones al tratamiento psicoanalítico. *El caldero de la escuela* No. 69, 7-12.

Miller, J.-A. (2001). Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia.

Freudiana No. 32, 7-42.

Miller, J.-A. (Julio-Agosto de 2006). *Virtualia - Revista digital de la Escuela de la*

Orientación Lacaniana. Recuperado el 18 de Marzo de 2014, de

<http://virtualia.eol.org.ar/015/default.asp?destacados/miller.html>

Miller, J.-A. (2009). *4º Encuentro Americano - XVI Encuentro Internacional del*

Campo Freudiano . Recuperado el 2014 de Febrero de 24, de 4º Encuentro

Americano:

http://ea.eol.org.ar/04/es/template.asp?lecturas_online/textos/miller_hacia_pi-pol4.html

Miller, J.-A. (2010). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.

Miller, J.-A. (2012). *Sutilezas analíticas*. Buenos Aires: Paidós .

Mucci, M., & Benaim, D. (2009). *Psicología y salud: calidoscopio de prácticas*

diversas. Obtenido de

<http://www.palermo.edu/cienciassociales/psicologia/publicaciones/pdf/Psico6/6Psico%2009.pdf>

Objetivos Para el Buen Vivir. (2014). *Plan nacional para el buen vivir 2009-2013*.

Recuperado el 18 de marzo de 2014, de

<http://plan.senplades.gob.ec/objetivos-nacionales-de-desarrollo-humano>

Oleas, D. (2011). *El rol del Psicólogo Clínico en las Instituciones*. Guayaquil.

Pontalis, J., & Laplanche, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Argentina: Paidós.

Raimbault, G. (1980). El Psicoanalista y la Institución. 70.

Reali, F. (2012). *Nueva Escuela Lacaniana de Psicoanálisis / NEL-Bogotá*.

Recuperado el 27 de Marzo de 2014, de

<http://nelbogota.blogspot.com/2012/09/necesidad-demanda-y-deseo-articulacion.html>

Roudinesco, É. (2005). *El paciente, el terapeuta y el Estado*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores .

Servicio de Psicología. (2014). *Instituto del cancer Solca-Cuenca*. Recuperado el 3 de abril de 2014, de

www.institutodelcancer.med.ec/index_archivos/psicologia.htm

Significados. (2014). *Significados*. Recuperado el 20 de abril de 2014, de

<http://www.significados.info/exegesis/>

SINDE. (2012). *Universidad Católica de Santiago de Guayaquil*. Recuperado el 18 de Marzo de 2014, de <http://www2.ucsg.edu.ec/sinde2013/index.php/lineas-investigacion>

Wikipedia. (2014). *Wikipedia*. Recuperado el 20 de abril de 2014, de

<http://es.wikipedia.org/wiki/Ex%C3%A9gesis>