



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

Los efectos terapéuticos de las intervenciones de orientación psicoanalítica, en pacientes de las áreas de Oncología Clínica, Cirugía y Quimioterapia Ambulatoria del hospital “Sociedad de Lucha contra el Cáncer” S.O.L.C.A. de Guayaquil, durante el año 2013.

AUTOR:

Serrano Vargas Juan José

**Trabajo de Titulación Previo a la Obtención de Título De:
PSICÓLOGO CLÍNICO**

TUTOR:

Psi. Cl. Rojas Betancourt Rodolfo Francisco, Mgs.

**Guayaquil, Ecuador
2014**



**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 **Juan José Serrano Vargas**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Psicólogo Clínico**.

TUTOR

PSI. CL. RODOLFO ROJAS BETANCOURT, MGS.

OPONENTE

PSI. CL. ILEANA VELÁZQUEZ, MGS.

DIRECTOR(A) DE LA CARRERA

PSI. CL. ALEXANDRA GALARZA, MGS.

Guayaquil, a los 24 días del mes de septiembre del año 2014



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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Juan José Serrano Vargas

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **Los efectos terapéuticos de las intervenciones de orientación psicoanalítica, en pacientes de las áreas de Oncología Clínica, Cirugía y Quimioterapia Ambulatoria del hospital “Sociedad de Lucha contra el Cáncer” S.O.L.C.A. de Guayaquil, durante el año 2013** previa a la obtención del Título **de Psicólogo Clínico**, 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 24 días del mes de septiembre del año 2014

EL AUTOR

Juan José Serrano Vargas



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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, Juan José Serrano Vargas

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Los efectos terapéuticos de las intervenciones de orientación psicoanalítica, en pacientes de las áreas de Oncología Clínica, Cirugía y Quimioterapia Ambulatoria del hospital “Sociedad de Lucha contra el Cáncer” S.O.L.C.A. de Guayaquil, durante el año 2013** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 24 días del mes de septiembre del año 2014

EL AUTOR:

Juan José Serrano Vargas

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad, a mis profesores y a mi tutor, por el conocimiento impartido y la experiencia inolvidable que ha sido el recorrido universitario, no sólo por su valor teórico y profesional, sino por las enseñanzas que me ha regalado para todos los aspectos de la vida.

Agradezco a mis padres, a mis amigos, y en especial a Michelle, Álvaro y Madi, por su apoyo y cariño constante durante los altibajos de esta etapa dura, pero gratificante y duradera, en muchos sentidos, gracias.

Juan José Serrano Vargas

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a los pacientes y familiares atendidos durante las prácticas en S.O.L.C.A, esperando que mi trabajo práctico haya impactado de alguna forma sus vidas, develando e inclusive revelando, mediante la palabra, la gran importancia de un aspecto de la vida no muy respetado en la actualidad, lo íntimo.

Juan José Serrano Vargas

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

PSI. CL. ALEXANDRA GALARZA, MGS.

PSI. CL. ILEANA VELÁZQUEZ, MGS.

PSI. CL. FRANCISCO MARTÍNEZ, MGS.



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

CALIFICACIÓN

PSI. CL. RODOLFO ROJAS BETANCOURT, MGS.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	5
1.1 SERVICIO DE PSICOLOGÍA Y PRÁCTICAS CLÍNICAS EN S.O.L.C.A.....	5
1.2 MODELO DE TRABAJO CLÍNICO Y MÉTODO CLÍNICO.....	7
1.3 MARCO Y AMBIENTE INSTITUCIONAL.....	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	13
2.1 INTRODUCCIÓN A LA ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA.....	14
2.2 LAS INTERVENCIONES DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA.....	24
2.3 TRANSFERENCIA.....	30
2.4 EFECTOS TERAPÉUTICOS.....	40
2.5 MALESTAR SUBJETIVO Y LO REAL.....	42
2.6 DESEO DEL ANALISTA Y DEMANDA DE ANÁLISIS.....	46
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	53
3.1 MÉTODO DE ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO.....	53
3.2 MÉTODO EXEGÉTICO.....	55
3.3 ANÁLISIS DE CASOS.....	56
3.4 VARIABLES INDEPENDIENTE Y DEPENDIENTE.....	57
3.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: INTERVENCIONES DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA.....	58
3.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE: EFECTOS TERAPÉUTICOS.....	60
3.5 CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	61
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	65
4.1 ANÁLISIS DE CONCEPTOS POR MEDIO DE CASOS.....	65
4.1.1 Caso M.F.....	65
4.1.2 Caso D.T.....	68
4.1.3 Caso L.G.....	72
4.1.4 Caso R.A.....	74
4.1.5 Caso S.S.....	76
4.2 RESULTADOS.....	80
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	81
5.1 CONCLUSIONES.....	81
5.2 RECOMENDACIONES.....	82
BIBLIOGRAFÍA.....	84

RESUMEN

El proyecto de Investigación “Los efectos terapéuticos de la intervención de orientación psicoanalítica, en pacientes de las áreas de Oncología Clínica, Cirugía y Quimioterapia Ambulatoria del hospital “Sociedad de Lucha contra el Cáncer” S.O.L.C.A. de Guayaquil, durante el año 2013” buscará responder la pregunta *¿Cómo influyen las intervenciones y su apropiado manejo teórico y técnico en la producción de efectos terapéuticos en pacientes oncológicos?*, utilizando el análisis de textos bibliográficos de varios libros y artículos de Miller, Laurent, entre otros; el estudio a profundidad mediante la exégesis de textos esenciales de Freud y Lacan; y por último mediante el análisis de 5 casos trabajados durante las prácticas pre-profesionales.

Se enfocará este proyecto en la definición y análisis de los conceptos de: transferencia, orientación psicoanalítica y efectos terapéuticos, para poder evidenciar que el trabajo clínico con pacientes oncológicos, desde el inicio de las intervenciones a utilizarse, como son las entrevistas preliminares, producen efectos terapéuticos que alivian el malestar subjetivo de estos sujetos, afectado por un real como es el cáncer, pero anotando, que este efecto no deviene obligatoriamente en una demanda de análisis o de profundización del trabajo psicológico, sino que depende del sujeto, su deseo y, en menor parte, las condiciones ambientales.

Palabras Claves: Orientación psicoanalítica – efectos terapéuticos – malestar subjetivo – real – transferencia – demanda de análisis

INTRODUCCIÓN

El siguiente documento corresponde al proyecto de titulación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico, basándose principalmente en la experiencia obtenida durante las practicas pre-profesionales efectuadas en el hospital S.O.L.C.A., bajo la dirección del psicólogo Antonio Aguirre, consistiendo el trabajo en ofrecer un servicio de escucha clínica a pacientes y familiares en varias áreas del hospital.

Este trabajo de investigación se orienta bajo parámetros estipulados por la Constitución Nacional, el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, específicamente en los objetivos 3: *Mejorar la calidad de vida de la población* y 4: *Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía*. También se orienta bajo las líneas de investigación de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil en el área de Salud y Bienestar Humano y por la Carrera de Psicología Clínica: Sujeto y época; Áreas y contextos afectados y afectantes.

La justificación de este proyecto consiste en que, durante la experiencia obtenida en las prácticas pre-profesionales en el Hospital Oncológico S.O.L.C.A., se pudo evidenciar como las diferentes intervenciones fueron parte fundamental en el desarrollo del trabajo subjetivo con los pacientes, ya que su adecuado manejo podía facilitar, así como complicar el seguimiento de las entrevistas y el trabajo psicológico, mostrando que su desconocimiento y/o mal abordaje del paciente y su relato, resultan nefastos en la clínica hospitalaria, en los efectos terapéuticos y en la construcción de intervenciones desde la teoría psicoanalítica para desarrollar un caso clínico.

El problema a tratar es de qué forma las intervenciones clínicas influyen en la consecución de efectos terapéuticos con pacientes enfermos de cáncer. Se pudo evidenciar que los pacientes de S.O.L.C.A. en muchos casos presentaban cuadros de ansiedad y angustia, ya sea por efectos físicos de su enfermedad como por el malestar subjetivo, o debido a que muchos de ellos se encontraban solos o estaban acompañados por poco tiempo. El trabajo clínico con estos sujetos produjo, en la mayoría de los casos, un efecto terapéutico, ya que relataban una mejoría de su malestar anímico y sentirse aliviados, ocurriendo esto con unas pocas entrevistas.

El enfoque principal de este proyecto se delimita en el siguiente problema: ¿Cómo influyen las intervenciones y su apropiado manejo teórico y técnico en la producción de efectos terapéuticos en pacientes oncológicos?; ya que se ubicó que un problema importante es el manejo no apropiado y/o desconocimiento de los psicólogos y practicantes de psicología sobre los efectos transferenciales y terapéuticos que tienen las intervenciones y entrevistas en el inicio del trabajo con pacientes.

Si el efecto transferencial es parte fundamental de las intervenciones clínicas, de la estructura de las entrevistas preliminares y del trabajo psicológico; ¿qué tan necesario es el apropiado conocimiento y manejo de estrategias en las intervenciones para el tratamiento del malestar subjetivo desde el ámbito ético y técnico del psicólogo con orientación psicoanalítica?

El proyecto va a aportar una serie de definiciones recogidas de material bibliográfico referente a las intervenciones y efectos terapéuticos desde la orientación psicoanalítica, buscando además señalar estrategias, métodos de construcción de intervenciones con pacientes oncológicos, utilizando la experiencia pre profesional de S.O.L.C.A., sirviendo este trabajo para que los futuros practicantes y profesionales de psicología puedan tener una referencia otorgando material teórico sobre este tema.

El proyecto buscará relacionar la teoría analizada sobre los efectos terapéuticos de las intervenciones con la práctica realizada con pacientes oncológicos, específicamente con 5 casos clínicos trabajados. Esto permitirá dar cuenta de los conceptos que se aplican en la realidad con casos clínicos y de esta forma aportar en demostrar la importancia de conocer los conceptos que se producen en la práctica clínica para así, poder trabajar de forma apropiada con el malestar de estos sujetos.

El objetivo principal de este trabajo es: analizar y sustentar la importancia de operar con conceptos que desde la orientación psicoanalítica, permitan producir efectos terapéuticos durante las intervenciones con pacientes internos en el hospital oncológico S.O.L.C.A., en las áreas de Oncología Clínica, Cirugía y Quimioterapia Ambulatorio, teniendo como objetivos específicos los siguientes:

- 1.- Exponer conceptos y teorías sobre las intervenciones y entrevistas preliminares desde una orientación psicoanalítica, su efecto e importancia en la clínica.
- 2.- Explicar cómo la relación transferencial forma parte de las intervenciones y su efecto en las mismas y en el desarrollo de un caso clínico.
- 3.- Describir como las intervenciones posibilitan la construcción de maniobras de tratamiento al malestar subjetivo implícito en pacientes oncológicos.

La premisa principal de este trabajo es: “El apropiado conocimiento del fenómeno transferencial y su relación con las intervenciones psicológicas de orientación psicoanalítica facilita la producción de efectos terapéuticos en pacientes de S.O.L.C.A. al conocer en qué forma afecta e interviene en el psicólogo y en el paciente este proceso.”

La metodología que se va a utilizar es el método de análisis bibliográfico, para evaluar distintos aspectos sobre el estudio de conceptos relevantes para las intervenciones psicológicas de orientación psicoanalítica y sus efectos terapéuticos, como en la exposición de casos clínicos específicos que representen y faciliten el análisis del tema a tratar, siendo el caso de este proyecto artículos y libros de varios autores importantes en el campo psicoanalítico como Freud, Lacan y Miller, sobre los efectos terapéuticos que se producen en las intervenciones y por el efecto transferencial. También se utilizará el método exegético, enfocándose en escritos de Freud y Lacan sobre la temática a tratar.

Cómo instrumentos se utilizó el método clínico, ya que parte del trabajo de investigación se basa en el trabajo práctico con pacientes oncológicos de S.O.L.C.A., con quienes se mantuvieron entrevistas. Por otro lado el análisis bibliográfico, ya expuesto y el método exegético.

La población de este trabajo consiste en los pacientes del hospital S.O.L.C.A de Guayaquil, específicamente con quienes se trabajó durante el año de prácticas pre-profesionales en las áreas de Quimioterapia Ambulatorio, Oncología Clínica y Cirugía, abarcando aproximadamente 100 pacientes diferentes, utilizando 5 casos específicos que serán expuestos y analizados, elegidos debido a su relevancia para demostrar la temática que estudia este proyecto.

CAPÍTULO I: CONTEXTO INSTITUCIONAL

Este capítulo va a tratar de exponer el ambiente del trabajo de prácticas pre-profesionales en S.O.L.C.A., además de caracterizar en qué consiste el servicio de psicología de la institución y el método de intervención, siendo pertinente para poner en perspectiva como se desarrolló el trabajo subjetivo con los pacientes.

1.1 SERVICIO DE PSICOLOGÍA Y PRÁCTICAS CLÍNICAS EN S.O.L.C.A.

El servicio de psicología de S.O.L.C.A. define su objetivo de esta forma:

La atención psicológica a los enfermos con cáncer se ocupa de la prevención y del tratamiento de los posibles problemas psico-emocionales reactivos al diagnóstico de cualquier enfermedad neoplásica, así como de los problemas y apoyo en la familia del niño o adulto diagnosticado de estas enfermedades. (Servicio de Psicología, s.f., párr. 3)

Este servicio estaba conformado por 4 psicólogos, encontrándose entre ellos Antonio Aguirre, director de las prácticas pre-profesionales realizadas, rotando estos entre los diferentes pisos y en la oficina de psicología, ofreciendo trabajo psicológico a los pacientes hospitalizados o por orden médica, pudiendo también solicitar familiares y pacientes tratamiento en las oficinas. Los psicólogos de la institución, por disposición del hospital, deben llenar informes virtuales sobre los casos trabajados, para que estos formen parte del historial clínico de los pacientes.

Los pacientes derivados por los médicos suelen ser los que presentan episodios ansiosos, angustia, insomnio, dificultad en aceptar el diagnóstico, dolores sin explicación física, inconformidad o angustia previa a una cirugía.

Las prácticas pre profesionales de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil que realizó el autor del presente trabajo, comenzaron en el mes de Marzo del año 2013 y terminaron en el mes de Enero del 2014, teniendo como objetivo ofrecer un espacio de palabra a los pacientes oncológicos en las áreas de Quimioterapia Ambulatoria, Emergencia, Pediatría, Cirugía y Oncología Clínica, para que estos puedan realizar un trabajo subjetivo de cambio de escenas, de la problemática actual de la enfermedad, a otras subjetivas que influyan en su malestar y de esta forma poder lograr un inicio de reconocimiento del malestar subjetivo propio, produciendo efectos terapéuticos de forma colateral, utilizando como marco metodológico el método clínico.

El marco de las prácticas se manejaba mediante una reunión previa al trabajo práctico con el director para comentar sobre los casos trabajados, dar opiniones y analizar -desde el psicoanálisis-, el malestar subjetivo de los pacientes. A continuación los practicantes bajaban a sus áreas asignadas para atender a los pacientes con quienes estén trabajando de forma libre, recibiendo ocasionalmente derivaciones por parte de los médicos residentes en las áreas o por el director de prácticas.

Al término del trabajo práctico, el director recibía los comentarios de los casos trabajados. Se entregaba cada mes un informe de un caso específico, detallando las entrevistas realizadas con un comentario y análisis sobre la técnica y la ubicación de conceptos que surgían en el trabajo, particularmente sobre el cambio de escenas de la problemática actual a otras referentes al malestar subjetivo, la ubicación de significantes que develen la estructura fantasmática del sujeto, la cara de goce en los síntomas de los pacientes y los significantes en juego.

1.2 MODELO DE TRABAJO Y MÉTODO CLÍNICO

El modelo de trabajo de las prácticas clínicas en S.O.L.C.A. coordinadas por el Psic. Antonio Aguirre se basan en el método psicoanalítico aplicado al marco hospitalario, el cual se fundamenta en la hipótesis de que detrás de la escena actual de la enfermedad, se encuentra otras escenas cargadas libidinalmente (Hernández & Robles, 2013, pág. 3).

Lo notable de este modelo de trabajo es uno de los puntos del encuadre que es el ofrecimiento del servicio por parte del practicante a los pacientes, ofreciendo un espacio de escucha para poder hablar de su malestar pudiendo simbolizar y darle palabras a su malestar, motivo por el cual, este marco de trabajo, produce efectos terapéuticos, logrando inclusive, en algunos casos, entablarse un primer momento la epistemofilia, un deseo de saber sobre el malestar propio.

El deseo de saber del malestar subjetivo se va produciendo en el paciente al trabajar, mediante el uso de diferentes escenas traídas por un significante que se repite, que atraviesa los relatos, recuerdos, sueños, entre otros, y que permitan una reconstrucción de estas escenas, que puede de igual forma, como efecto terapéutico, cambiar la forma de vivir la problemática presente de la enfermedad, siempre teniendo presente el practicante de establecer este deseo de saber al paciente, es decir establecer el deseo del analista, el cual “*es un deseo que opera como función y no una modalidad de la pulsión(...)*” (Dicker, 2011, pág. 3), es decir que es una operación en la cual el analista, o terapeuta se posiciona como objeto para el sujeto, pero sin asumir este rol, teniendo el objetivo que el paciente busque el saber de su malestar, siendo este deseo del analista una...“*aspiración a ocupar esa posición cuando sólo puede hacerlo como semblante del objeto...*” (Dicker, 2011, pág. 3).

Por otro lado, el método clínico se puede definir como *“un conjunto de procedimientos ordenados sistemáticamente”* (Sanjuan, 2011, pág. 12) que fueron utilizados en un principio en medicina y consiste en la ubicación, identificación y lectura de síntomas que aquejan al paciente, para construir una hipótesis de la causa de los mismos, *“siguiendo condiciones de investigación, evaluación, diagnóstico e intervención, el método clínico se constituye usualmente de 5 pasos: la observación, indagación, abstracción, integración o diagnóstico informal, diagnóstico e intervención”* (Sanjuan, 2011, pág 12-15).

Desde el psicoanálisis, se refiere a la aplicación que se maneja desde el saber hacer del practicante siguiendo los principios psicoanalíticos que operan desde el lenguaje como instrumento, para hacer surgir el inconsciente en el discurso del paciente, otorgándole una nueva mirada subjetiva del síntoma. (Errecondo, 2014, pág 2).

Una problemática observada en las prácticas fue referente al manejo de la transferencia con los pacientes, ya que, al utilizar como marco teórico la orientación psicoanalítica, los practicantes deberían poder reconocer el efecto que tiene y como esto puede influenciar en su trabajo, lo cual se evidenció durante las reuniones de supervisión realizadas con el director de prácticas, en que la transferencia no se establecía apropiadamente, varios pacientes se identificaban imaginariamente con los practicantes en una posición de amistad, problemática que algunos no sabían manejar o no reconocían que ocurría. Se especifica esta cuestión, ya que la transferencia es lo que posibilita el psicoanálisis, o el trabajo que utiliza como marco esta teoría, por lo cual, su conocimiento apropiado es imperativo para realizar una práctica con pacientes.

No se busca mediante esta observación criticar, sino aportar para un estudio de esta problemática, debido a la importancia de este proceso en todo trabajo que se maneje desde el marco teórico del psicoanálisis.

El trabajo realizado se veía influenciado, en ocasiones fuertemente, por el discurso y ambiente institucional, ya que en muchas ocasiones los pacientes solicitaban durante las entrevistas consejos, diagnósticos o se enfocaban en el discurso religioso, dificultando el trabajo subjetivo, producido esto por cómo se identifica al psicólogo dentro del ambiente hospitalario: usualmente, confirmado por el discurso de muchos pacientes, como psiquiatras, doctores, personal de recursos humanos e inclusive como parte de las Damas de S.O.L.C.A., siguiendo el discurso benefactor, además de la búsqueda de regulación del trabajo, siendo en este caso no muy estricto pero presente, ya que la institución solicitó al final de las prácticas un informe general del trabajo realizado durante el año, siendo esto descrito a mayor profundidad a continuación.

1.3 MARCO Y AMBIENTE INSTITUCIONAL

El hospital “Sociedad de Lucha contra el Cáncer” S.O.L.C.A. de la ciudad de Guayaquil se ubica en la Avenida Pedro Menéndez Gilbert, frente a la Ciudadela La Atarazana, siendo 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” (S.O.L.C.A., s.f., párr 1).

Los objetivos de S.O.L.C.A. “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 del cáncer” (S.O.L.C.A., s.f., párr. 2).

S.O.L.C.A. es un edificio de cinco pisos, ubicándose en la planta baja las áreas de Emergencia, Quimioterapia ambulatoria, Oficina de Psicología, Oficinas privadas, salas de espera, farmacia, Comité de Damas de S.O.L.C.A., cafetería, capilla y laboratorio. El primer piso está dividido en las áreas de Cirugía y Trasplante. En el segundo piso se encuentra Pediatría, correspondiendo el

tercero a Oncología Clínica. En el cuarto piso se ubica el Pensionado y en el quinto es el área de docencia.

En lo que corresponde al ambiente institucional, fue notable la relación establecida de los médicos hacia los pacientes, caracterizada por su distancia y la posición que les otorgaban como objetos, no como sujetos, nombrados usualmente por el número de la cama en que se encontraban, problemática que es referida por Miller en su texto “La era del hombre sin atributos” (2006, párr. 11), en el que dice: *“El hombre sin cualidades es aquel cuyo destino es el de no tener más cualidad que la de estar marcado por el 1 y, a este título, poder entrar en la cantidad”*, aterrizando esta cita al marco hospitalario, que a los pacientes no se los reconoce en calidad de sujetos sino como un número, además que los médicos, y la institución en si se enfocaban principalmente en el diagnóstico médico, y psiquiátrico si hubiere, para nombrar y reconocer a los pacientes, situación que afecta de alguna forma a los psicólogos y practicantes, ya que se les solicita un informe describiendo un diagnóstico y sintomatología psicológica de los pacientes derivados o con quienes se haya trabajado.

Esta situación discursiva de la institución se muestra en repetidas ocasiones, se hacía evidente al observar las rondas que realizaban los médicos e internos, en las cuales se dirigían a cada cama a leer el historial clínico en voz alta, frente al paciente, sin dirigirse a este, únicamente hablándole para preguntar sobre los síntomas físicos que presentaban y ocasionalmente sobre algún malestar emocional, pero sin buscar trabajar clínicamente con esto, es decir que no se preguntaba para extraer información mediante indicios para un posible diagnóstico y tratamiento médico, sino únicamente para anotarlos en el historial, como si fuera parte de un examen, instrumento que ha prácticamente reemplazado la clínica, a lo cual Miller dice:

(...) el resultado que se espera de este dominio del goce por el saber, está encarnado en todos estos cuestionarios de salud mental. No se trata de otra cosa que de dominar las turbaciones, las emociones, la singularidad de la

experiencia, con un pequeño aparatito de saber ultra reducido, y cuyo producto es transformarle en un hombre sin cualidades, en un hombre cuantitativo, esperando reunirles, pero eso es imposible, con el significante-amo. (Miller, 2006, párr 74)

La posición de las enfermeras no era muy diferente a la de los médicos, ya que no se dirigían usualmente a los pacientes, sino únicamente se enfocaban en su trabajo de cambiar las vías, leer las historias clínicas, refiriéndose a los pacientes de igual forma por el número de las camas. Un aspecto notable era el manejo de la muerte, el cual daba a notar la presencia constante de esta situación, al no mostrar ningún cambio emocional las enfermeras como los médicos, refiriéndose al fallecido de igual forma con el número de la cama, retirando de la sala rápidamente a los familiares que se encontrasen presentes, sin darles ningún tipo de asistencia. Los practicantes de la institución no intervenían en estas situaciones para no interrumpir el proceso de duelo, ya que el director de las prácticas dio esta consigna, justificando que en experiencias previas, la intervención clínica de los practicantes en estas situaciones no tiene mayor efecto, únicamente actuando si hubiere una emergencia, como ataques de angustia.

La fuerza del discurso religioso es notable en esta institución, no solo por la nueva capilla construida en el patio, que reemplaza a la ya existente en el área de cirugía, sino por la constante presencia en las palabras de los pacientes y familiares sobre Dios y el dogma religioso, ya sea como un castigo o una prueba de vida, utilizando frecuentemente la frase “así Dios quiere”, siendo más común esto en los pacientes evangélicos.

La institución también promueve la religión, por medio del Comité de las Damas de S.O.L.C.A., fundación del instituto, entre cuyas actividades se encuentran:

- Asistencia espiritual a los enfermos asilados y ambulatorios, charlas instructivas de soporte moral a los familiares y en especial a los padres de los niños enfermos.

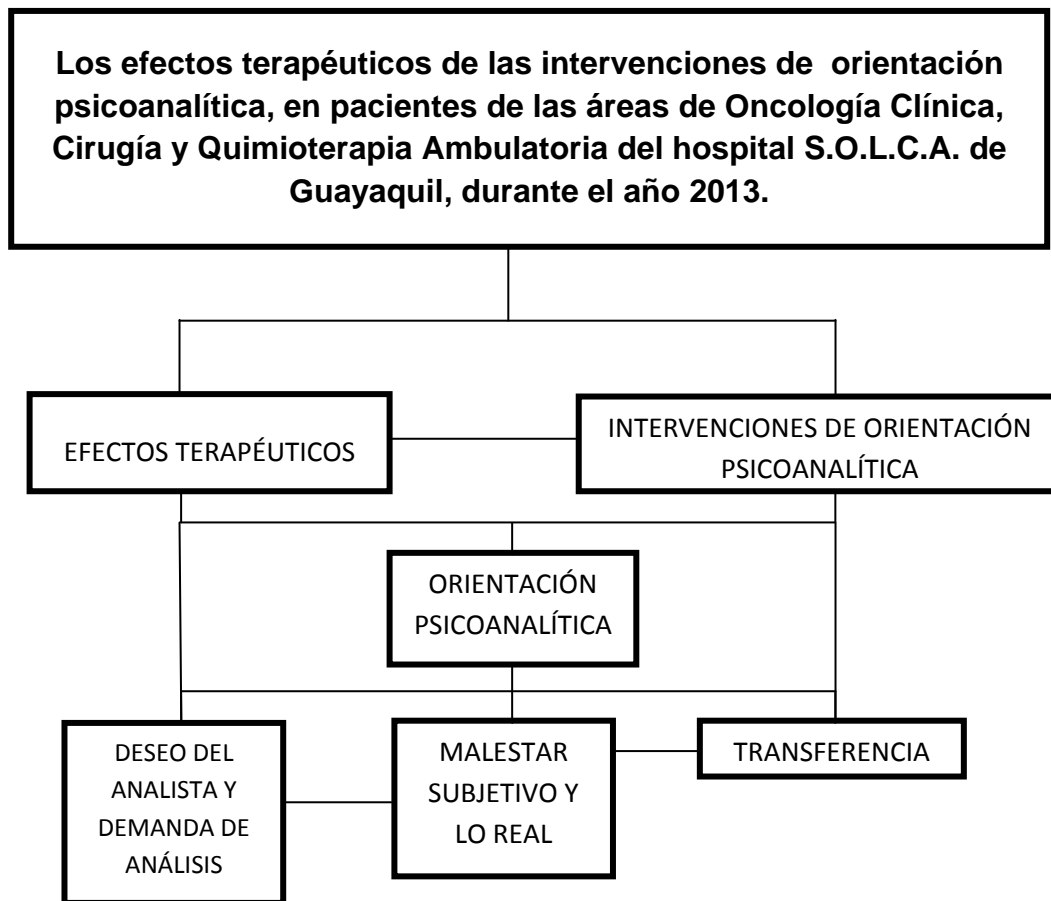
- *Asistencia a enfermos terminales por medio de visitas a sus casas en compañía de un psicólogo, enfermeras y visitadoras sociales.*
- *Colectas públicas de dinero, bingos, mercados de pulgas, etc., a fin de ayudar a los enfermos más pobres en coordinación con el Servicio Social.*
- *Adquisición de equipos, insumos a partir de donaciones de personas benefactoras.*
- *Mantenimiento de área de juegos con asistencia de una parvularia y voluntarias.*
- *Mantenimiento y atención de un bar y bazar como medio de adquisición de fondos, y prestar servicio de comidas rápidas e insumos a los pacientes y familiares de los enfermos del hospital.*
- *Participación en la Campaña de Prevención de enfermedades neoplásicas en coordinación con el Departamento de Docencia e Investigación.*
- *Organización del Congreso Colombo Ecuatoriano de Voluntariado Oncológico.*
(S.O.L.C.A., s.f., párr 2)

Las Damas de S.O.L.C.A. frecuentemente interrumpían el trabajo de los practicantes, haciendo uso de su posición como autoridad en el hospital, ya que se dirigían a todas las salas en cada área para rezar y entregar estampas de Santos y la Virgen, usualmente dificultando que los pacientes retornen al trabajo subjetivo, siendo notable esta fundación dentro del hospital, la cual se enfoca en la beneficencia, utilizando un discurso de asistencia humanitaria, hecho al cual Miller se refiere de esta forma:

Aquel que da, afirma su poder y sobre todo su rango, lo que es una ficción evidente y engañosa con respecto a su ser. Encuentra así en el pobre un partenaire que le refleja su potencia (...) se trataba de una manifestación de beneficencia pero que...mostraba (...) el carácter de control sobre el otro (...) se controlaba el aplastamiento del deseo sobre la demanda y la necesidad (...) un rebajamiento del deseo a la demanda, de la demanda a la necesidad y de la enunciación al enunciado. (Miller J. A., 2008, pág. 126-138)

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

En este capítulo se profundizará los diferentes conceptos que se van a utilizar para analizar los casos clínicos y para explicar, desde figuras renombradas del psicoanálisis como son: Lacan, Miller y Freud; cómo se ha llegado a las conclusiones de este proyecto. Para introducir este capítulo, se va a presentar un esquema en el cual se representan gráficamente los conceptos estudiados y las relaciones entre ellos:



2.1 INTRODUCCIÓN A LA ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA

El presente trabajo está basado en las intervenciones de orientación psicoanalítica, por lo que se va a buscar conceptualizar y explicar esta orientación.

La orientación psicoanalítica se puede conceptualizar como un método para trabajar con la subjetividad basado en el psicoanálisis, orientación que toma de la teoría psicoanalítica varios de sus conceptos: el inconsciente, sujeto, transferencia, etc., para estructurar un encuadre y técnica de intervención psicológica (Gallo, 1997 pág 35-38), utilizado principalmente por psicólogos y psicoterapeutas, diferenciándose del psicoanálisis propiamente dicho en que es utilizado por analistas en formación y psicólogos que no optan por entrar a análisis, definiendo muy brevemente al sujeto, con quien se trabaja en esta orientación como, *“(...) es el lugar vacío donde se inscriben las modalizaciones (...) es una discontinuidad en los datos (...) es la propia pérdida”* (Miller J. A., 2010, pág. 57), es decir es una hipótesis, un vacío, es el propio inconsciente que se va a producir con el lenguaje al simbolizar el goce.

Habría una semejanza con el psicoanálisis por el encuadre, en tanto se refiere al espacio físico, ya que el análisis se puede realizar en un consultorio privado con un diván donde el sujeto se recuesta al adentrarse en el inconsciente, como también se puede realizar en instituciones, pero con mayor dificultad, al igual que las terapias se realizan en instituciones diversas en un espacio físico variado donde sea posible un trabajo (Solano, Palomera, & Grasser, 2002, pp. 129-130). Este fue el caso de las prácticas clínicas en S.O.L.C.A., en las cuales el espacio con el que se contaba era junto a la cama de los pacientes o con el practicante sentado al lado de estos.

En este campo, también se diferencian ambas prácticas por el tiempo de las sesiones y entre sesiones: en el análisis, estos tiempos varían según como se

desarrolla el trabajo subjetivo, dependiendo del analista, según facilite el desenvolvimiento del inconsciente del analizante y la instauración de la transferencia (Solano, Palomera, & Grasser, 2002, pp. 129-131), mientras que en las terapias, al realizarse en instituciones, en ocasiones suelen tener parámetros impuestos por estas, debiendo cumplir cierto tiempo y/o frecuencia determinada entre sesiones, una cuota de pacientes, entre otros.

Se asemejan ambas prácticas también por la demanda del sujeto, ya que en ambos casos, estos suelen demandar el comienzo de un trabajo por el sufrimiento subjetivo, es decir que para ingresar a un análisis, es por una demanda terapéutica, lo cual puede llevar o no una búsqueda del saber inconsciente, complementada por el deseo del analista, conceptos que serán profundizados más adelante, siendo esta particularidad una diferencia, mientras que en las terapias, los pacientes suelen demandar un espacio de escucha, para poder hablar de lo que les molesta ante un semblante de saber, lo cual no pueden hacer frecuentemente, ya que ni los doctores ni las enfermeras suelen conversar con ellos, o únicamente sobre los síntomas físicos, por lo que su demanda va más de ese lado, o inclusive cumplir con pedidos y obligaciones de las instituciones y la sociedad, como ocurría usualmente en S.O.L.C.A.

Los practicantes ofertaban un trabajo psicoterapéutico de escucha y alivio, y los pacientes podían poner en palabras su malestar actual, buscando el adentramiento al inconsciente de los pacientes si estos estaban dispuestos y mostraban demanda.

Existiría semejanza de igual forma en la demanda de los analizantes y pacientes al iniciar el tratamiento; ya que ambos suelen solicitar, bien sea un análisis o una psicoterapia, por un malestar subjetivo específico que desea aliviar, pudiendo devenir de esto un análisis propiamente dicho, o terminar únicamente en entrevistas preliminares, como solía ser el caso en S.O.L.C.A.

Un análisis se dificultaría por el ambiente institucional, siendo común la práctica terapéutica en los hospitales, centros educativos, casas de acogida, hogares infantiles, entre otros; además que influye la posición de los sujetos ante el psicólogo en estas instituciones, la cual se encuentra altamente afectada por el discurso institucional que se maneja, siendo en el caso de S.O.L.C.A., identificar a los psicólogos como doctores o con la imagen que promueven las Damas de S.O.L.C.A., de benefactores, ya que solicitaban algunos pacientes a los practicantes: asistencia económica, logística del hospital, consejos a forma de pedagogos sobre la vida, asistencia religiosa, diagnósticos médicos y psiquiátricos, entre otros.

La orientación psicoanalítica especifica muchas variables que caracterizan y diferencian de las terapias que manejan otros sustentos teóricos, denominadas terapias breves, las cuales se basan en el concepto de “foco”, determinado por el motivo de consulta, la ubicación de un conflicto nuclear exacerbado que produce el malestar en una situación específica, el rol activo y compresivo del terapeuta utilizando técnicas como hacer evidente la comprensión del malestar del paciente, uso de gestos y tono de voz que muestren calidez además de inclusión de rasgos personales del terapeuta en el trabajo, espontaneidad y motivación a un espacio creativo, tener la iniciativa de desempeñar un papel activo al dar tareas y posicionarse como un docente para explicar pedagógicamente cómo se realizara dicha tarea, entre otros, (Miller, J.A., D’Angelo, L.; Fuentes, A.; Garrido, C.; Goya, A.; Rueda, F.; Vicens, A., 2005, pp. 34- 36) concepciones totalmente distintas a las que maneja la orientación psicoanalítica.

Señalaremos que hay una diferencia entre la orientación analítica y las psicoterapias, ya sea que se apliquen en el hospital o en los consultorios. Las psicoterapias se van a esforzar por normalizar lo anormal, es decir en recuperar la “homoestasis”, volver a un estado previo de salud, siguiendo la concepción médica. Esto no compartido por el psicoanálisis, ya que en general lo “anormal”

está en relación con la verdad, el deseo y el goce de cada sujeto (Errecondo, s.f., pág. 2), es decir que si se habla de anormalidad y de homeostasis, se estaría negando al sujeto, el cual no se puede regular por los preceptos de la sociedad a lo que considera “normalidad”, ya que todo sujeto responde y produce su sintoma en relación a su deseo y goce, el cual es único e irrepetible, razón por la cual la salud mental no existe, inclusive pudiéndose llegar más lejos, sobre la noción de enfermedad, ya que el sujeto también impregna al cuerpo, el cual está tocado por el lenguaje.

El goce en el cuerpo funciona como un lenguaje en todo momento, a lo cual Miller se refiere sobre la salud mental:

Si la salud mental no existe es porque el cuerpo gozante, la carne, excluye lo mental al mismo tiempo que lo condiciona, lo enloquece y lo extravía. Si el hombre ha inventado la relación sexual es para velar el horror de esa carne recorrida por un estremecimiento que no cesa y que es lo que es, como decía Angelus Silesius: sin por qué. (Miller J. A., 2011, párr 65)

Las terapias buscan obtener “la salud mental”, noción rechazada por el psicoanálisis, como lo explica Miller: *“La salud mental tiene que ver, desde siempre, con el discurso del amo y es, desde siempre, un asunto de gobierno.”* (Miller J. A., 2011, pág. 68). El discurso del amo que promueve la salud mental se ve representado por el discurso de la ciencia, *“se piensa que la ciencia concuerda con lo real y que el sujeto también es apto para concordarse con su cuerpo y con su mundo como haría con lo real.”* (Miller J. A., 2011, pág. 69), buscando así una *“rectificación subjetiva de masas”* como lo denomina Miller, en el cual se busca eliminar todo malestar, todo lo particular, es decir al sujeto y acomodarlo perfectamente a la cultural, problemática siempre presente como lo dijo Freud en “El Malestar en la Cultura” (1930).

El valor y la fuerza del discurso analítico viene de que es desmasificante, es decir que se maneja desde el uno por uno...

El psicoanálisis acompaña al sujeto en lo que éste plantea como protestas contra el malestar en la civilización (...) lo que el sujeto encuentra en el psicoanálisis es su soledad y su exilio. Sí, su estatuto de exiliado al respecto del discurso del Otro. No es el Otro con una A mayúscula el que está en el centro del discurso analítico, es el Uno solo. (Miller J. A., 2011, pág. 71)

Mostrándose así la validez e importancia del psicoanálisis, el cual, en su escrito “Principios rectores del acto analítico”, Eric Laurent expone ocho principios del quehacer psicoanalítico, los cuales explican de forma breve y muy clara la práctica psicoanalítica y por ende cómo se maneja esta orientación:

Primer principio: El psicoanálisis es una práctica de la palabra. Los dos participantes son el analista y el analizante. El analizante habla de lo que le trae, su sufrimiento, su síntoma. Este síntoma está articulado al inconsciente; está construido de palabras dichas al sujeto e imposibles de decir que le hacen sufrir. El analista puntúa las palabras del paciente y le permite construir y ordenar su inconsciente. El lenguaje y los efectos de verdad que produce es lo que se llama la interpretación, que se manifiesta tanto del lado del analizante como del analista (Laurent, 2006, pág. 2).

Este principio, se pudo constatar en el trabajo en S.O.L.C.A., con la diferencia que se practicaba más del lado terapéutico que un psicoanálisis en sí, pero la práctica se basaba en otorgar un espacio de palabra a los pacientes, donde emergían significantes que develaban el inconsciente, palabras que eran puntuadas por los practicantes.

Segundo principio: El análisis o la terapia de orientación psicoanalítica es un lugar donde pueden debilitarse las identificaciones más estables, mediante la autorización de tomar distancia de los hábitos, de las normas, de las reglas impuestas por el sujeto mismo que lo hacen sufrir. Autoriza también un cuestionamiento de la identidad de los sujetos, teniendo siempre en cuenta la

particularidad clínica del sujeto, es decir su estructura psíquica (Laurent, 2006, párr. 3).

Es importante lo que Laurent especifica sobre la particularidad de los sujetos y su estructura para abordar el trabajo desde el cuestionamiento de las identificaciones, ya que esto no se realizó en muchas ocasiones en S.O.L.C.A., debido a las condición física y psíquica de los pacientes, quienes en su mayoría se encontraban angustiados y agobiados por el real del cáncer, razón por la cual en el trabajo usualmente no se tocaban las identificaciones para no producirles mayor angustia.

Tercer principio: El analizante se dirige al analista estableciendo la transferencia, el desciframiento del sentido no es lo único que está en juego en la conversación entre los dos, también está el objetivo de aquel que habla: recuperar algo perdido. Esta recuperación del objeto es la llave de la pulsión, que funda la transferencia, teniendo presente esto el analista, tanto por su conocimiento teórico, como por el conocimiento de su propio fantasma en su análisis (Laurent, 2006, pág. 4).

Durante el trabajo, es indispensable que el practicante reconozca si se pudo instalar la transferencia de forma apropiada con los pacientes, ubicándose esto por el mismo discurso de los pacientes, ya que si existe el establecimiento de una imagen de saber, se puede hablar de identificación con el practicante, pudiendo proseguir el trabajo, ya que se ha ubicado al practicante, o analista, como un semblante de saber, posición de objeto que el analista debe reconocer, sin asumir. En el caso de las terapias no es necesario que el terapeuta haya pasado por un análisis propio, como fue en el caso de las prácticas realizadas, ya que muchos de los practicantes no habían iniciado o recién comenzaban por su análisis personal, por lo que el trabajo y la instauración de la transferencia se fundamentaba principalmente por el conocimiento teórico y supervisiones realizadas por parte del director de prácticas.

Cuarto principio: El lazo de la transferencia el "lugar del Otro", como dice Lacan, no está regulado por ningún otro particular. Este lugar es aquel donde el inconsciente puede manifestarse en la palabra con mayor libertad apareciendo dificultades como la aparición de las figuras de la pareja del fantasma por medio del surgimiento de la identificación imaginaria. Por ello, la sesión analítica no soporta ni un tercero ni su mirada desde el exterior, el tercero queda reducido a ese lugar del Otro. Este principio excluye la intervención de terceros que quieran asignar un lugar a cada uno y un objetivo específico (Laurent, 2006, pág. 5).

Es común en las instituciones que los directivos busquen regular el trabajo psicológico, ya sea con pacientes, estudiantes, entre otros, por el discurso que manejan: el del Amo, solicitando informes detallados de cada entrevista, cuota de pacientes, tiempo mínimo por entrevista o inclusive incluir durante el trabajo conceptos que no corresponden, ya sean médicos, educativos, políticos como ocurre en algunas instituciones de los Estados.

En S.O.L.C.A., la exigencia no era muy grande para los practicantes, ya que únicamente se les solicitaba un informe mensual y uno al terminar la práctica. Mientras que los psicólogos que trabajan en la institución si tienen un control más rígido, pero sin dificultar excesivamente el trabajo, ya que les exigen un informe por cada caso que trabajen, pero los psicólogos, hábilmente, han demostrado la poca utilidad de informes extremadamente detallados, ante lo cual la institución ha mostrado flexibilidad.

Quinto principio: No existe una cura ni un protocolo general que rige la cura psicoanalítica. Freud tomó la metáfora del ajedrez para indicar que sólo había reglas o para el inicio o para el final del tratamiento, afinándose esto con el avance de los estudios y teorías psicoanalíticas, pero esto no cambia el hecho de que el psicoanálisis, no pueda ser reducido a una fórmula o algoritmo. Esto lo

vemos en Freud mismo que transmitió el psicoanálisis mediante casos particulares: El Hombre de las ratas, Dora, el pequeño Hans, Hombre de los lobos, caso en el cual, Freud, ya no podía sostener en la unidad de un relato la complejidad de los procesos en juego...

(...) lejos de poder reducirse a un protocolo técnico, la experiencia del psicoanálisis sólo tiene una regularidad, la de la originalidad del escenario en el cual se manifiesta la singularidad subjetiva. Por lo tanto, el psicoanálisis no es una técnica, sino un discurso que anima a cada uno a producir su singularidad, su excepción (Laurent, 2006, pág. 6).

Esta afirmación de que no existe un patrón o fórmula específica para la cura y el trabajo con los sujetos se evidenció claramente en las prácticas en S.O.L.C.A., ya que se debieron utilizar varias técnicas y manejos distintos para cada paciente, siendo esto descrito a mayor profundidad en los casos expuestos más adelante.

Sexto principio:

La duración de la cura y el desarrollo de las sesiones no pueden ser estandarizadas. Las curas de Freud tuvieron duraciones muy variables: hubo curas de sólo una sesión, como de cuatro meses como la del pequeño Hans o de un año como la del Hombre de las ratas y también de varios años como la del Hombre de los lobos. Después, la distancia y la diversificación no han cesado de aumentar. Además, la aplicación del psicoanálisis más allá de la consulta privada, en los dispositivos de atención, ha contribuido a la variedad en la duración de la cura psicoanalítica. La variedad de casos clínicos y de edades en las que el psicoanálisis ha sido aplicado permite considerar que ahora, en el mejor de los casos, la duración de la cura se define "a medida". Una cura se prolonga hasta que el analizante esté lo suficientemente satisfecho de la experiencia que ha hecho como para dejar al analista. Lo que se persigue no es la aplicación de una norma sino al acuerdo del sujeto consigo mismo (Laurent, 2006, pág. 7).

El encuadre, al que se refiere este principio, se pudo constatar la importancia de la variación en las prácticas, no solo porque, debido a ser una institución hospitalaria los pacientes suelen irse rápidamente, sino también por como, según el paciente, una sola entrevista pudo producir un efecto terapéutico e inclusive cuestionamientos importantes, como ocurrió en varias entrevistas con otros pacientes, e inclusive que no se pudo lograr ningún avance con muchas entrevistas, dependiendo siempre del sujeto y su relación con el inconsciente.

Séptimo principio:

El psicoanálisis no puede determinar su objetivo y su fin en términos de adaptación del sujeto a normas, a reglas de la vida cotidiana. El descubrimiento del psicoanálisis es, en primer lugar, el de la impotencia del sujeto para llegar a la plena satisfacción sexual. Esta impotencia es designada con el término de castración. Más allá de esto, el psicoanálisis con Lacan, formula la imposibilidad de que exista una norma de la relación entre los sexos. Si no hay satisfacción plena y si no existe una norma, le queda a cada uno inventar una solución particular que se apoya en su síntoma. La solución de cada uno puede estar más o menos sostenida en la tradición y en las reglas comunes. Sin embargo, puede también remitir a la ruptura o a una cierta clandestinidad. Todo esto no quita que, en el fondo, la relación entre los sexos no tiene una solución que pueda ser "para todos". En ese sentido, está marcada por el sello de lo incurable, y siempre se mostrará defectuosa. El sexo, en el ser hablante, remite al "no todo" (Laurent, 2006, pág. 8).

Este principio que se refiere a la no relación sexual, se puede ver en varios casos trabajados en las prácticas, donde de la problemática sobre la enfermedad, se pasa a problemas en la relación con los otros: novios(as), convivientes, esposos(as), etc., donde el sufrimiento es expreso debido a la no relación sexual y como esto angustia a los sujetos.

Octavo principio: La formación del psicoanalista no puede reducirse a las normas de formación de la universidad o a las de la evaluación de lo adquirido

por la práctica. La formación analítica, desde que fue establecida como discurso, reposa en: seminarios de formación teórica, el paso por un psicoanálisis hasta el final (de ahí los efectos de formación), la transmisión pragmática de la práctica en las supervisiones (conversaciones entre pares sobre la práctica) (Laurent, 2006, pág. 9).

Durante un tiempo, Freud creyó que era posible determinar una identidad del psicoanalista. El éxito mismo del psicoanálisis, su internacionalización, las múltiples generaciones que se han ido sucediendo desde hace un siglo, han mostrado que esa definición de una identidad del psicoanalista era una ilusión. La definición del psicoanalista incluye la variación de esta identidad. La definición es la variación misma. La definición del psicoanalista no es un ideal, incluye la historia misma del psicoanálisis y de lo que se ha llamado psicoanalista en distintos contextos de discurso (Laurent, 2006, pág. 9).

Para poder ejercer y nombrarse como analista hay muchas condiciones: formación académica, experiencia clínica que se expone a otros analistas en función de control y el análisis propio. El psicoanalista no puede estar solo, sino que depende, como en el chiste, de un Otro que le reconozca, no autoritario, que regulariza. El psicoanalista no cesa de dirigirse a otros de una opinión ilustrada para poder lograr un avance en la causa analítica (Laurent, 2006, pág. 9).

Como ha sido descrito anteriormente, uno de los puntos importantes de este marco es la no implicación emocional por parte del analista, diciendo sobre eso Miller que un análisis no es para participar emocionalmente ante los sentimientos y situaciones afectivas que emerjan en el análisis por parte del analizante, no hay que mostrar ni comprensión ni ternura, sino algo más importante, incompreensión (Miller J. A., 2010, págs. 16-20), es decir que la posición que debe tener el analista ante el analizante no es de identificación, ni tampoco de superioridad, sino mantener un semblante de saber pero sin creerlo, reconocer que el saber del inconsciente está en el sujeto.

La orientación psicoanalítica tiene muchas variables a estudiar, ya sea la relación analista-analizante, las estructuras clínicas, los síntomas, la pulsión, entre otros; pero este trabajo se enfocará principalmente en las intervenciones que se realizan en la operación de estas teorías y los efectos terapéuticos que pueden producir, y que se produjeron durante el trabajo práctico.

2.2 INTERVENCIONES DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA

Las intervenciones y como se las utilizó fue un punto clave durante las prácticas, en donde se debía tener conocimiento sobre cómo funcionaban los diferentes conceptos en juego, no solo los que tratan sobre el síntoma y malestar subjetivo, sino también del encuadre y cómo opera el practicante en cada entrevista ante un sujeto distinto, por lo que se debió recurrir a diferentes intervenciones, siendo estas expuestas y profundizadas a continuación, basadas en conceptos teóricos manejados, reconociendo como cada intervención influía tanto en los efectos que puedan tener en el sujeto, como en el progreso y desenvolvimiento del trabajo, como dice esta cita: *“Para Lacan, el poder que opera en el análisis es el suscitado por el hecho de que el analista no hace uso de ningún poder.”* (Solano, Palomera, & Grasser, 2002, pág. 125).

Existen diferentes intervenciones sobre la palabra del analizante, notando sobre la particularidad que Lacan dio al acto analítico, diciendo que el analista responde en acto, por ejemplo, al aceptar o no una demanda de análisis, diciendo que entre la oferta y demanda se encuentra el rechazo. (Solano, Palomera, & Grasser, 2002, pág. 126)

Las maneras que puede intervenir un analista son:

- Puntuando: subrayar una palabra, un significante que traiga el analizante, constatar lo que acaba de decir diciendo eso es, exactamente.

- Interpretando: apuntar a lo real por medio de la palabra, va de lo verdadero hacia lo real.
- Callando: operar con el silencio, teniendo este un propósito, debe tener el valor de un decir, lo cual es lo que falta aún por decir para alcanzar lo real, el no todo, lo velado, lo siniestro poniendo en evidencia también la diferencia entre lo simbólico, la palabra y lo real. (Solano, Palomera, & Grasser, 2002, págs. 126 - 127)

Es importante notar que todas estas intervenciones, al igual que los momentos de un análisis, como son las entrevistas preliminares, el análisis en sí, y el fin de análisis, no se manejan según tiempos cronológicos específicos, sino a través de tiempo lógico, concepto al cual se refirió Lacan en su escrito: “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada” (2003).

Tomando este escrito de Lacan, se puede entender que un análisis, si se rige a un tiempo cronológico, excluye al sujeto y al inconsciente, ya que cada sujeto se maneja según su propia lógica de goce, por lo que el análisis se vería afectado, pudiendo extenderse las entrevistas preliminares al infinito, o concluir en una sola sesión, de igual forma con los diferentes momentos del análisis. Por las mismas razones se podría indicar que utilizar el tiempo cronológico en sesiones y en el total de sesiones de un análisis, sería una falacia.

Una de los primeros momentos con que se debió operar durante el trabajo, y la más prevalente durante la mayoría de los casos, fue las entrevistas preliminares, debido a las escasas entrevistas que se pudieron realizar con la mayoría de los pacientes, además de que, como no muchos pasaron de un relato de la enfermedad, no se pasó a otra etapa del trabajo subjetivo. Se puede hablar de que no se pasó de esta etapa al manejarse el trabajo analítico desde el tiempo lógico, no cronológico, dependiendo siempre del discurso del sujeto para determinar que maniobra y técnica utiliza el practicante, no basándose en un número de entrevistas o tiempo específico.

Las entrevistas preliminares son aquellas que se realizan previamente al trabajo clínico propiamente dicho con el objetivo de valorar si el sujeto se podrá beneficiar de él y si este muestra interés en el trabajo, siendo el paciente un candidato a análisis teniendo responsabilidad el analista de adentrarse en el acto analítico e identificar si existe una demanda de análisis mediante evaluación clínica, no teniendo una duración específica. (Miller J. A., 2010, pág 18).

En estas entrevistas puede haber una conducción del analista, pero de las sesiones, mediante preguntas que lleven a un cuestionamiento, no presentando un foco o tema, sino en base del discurso del paciente se lo dirige hacia el inconsciente, diciendo Miller que no sirven únicamente como un instrumento de investigación, sino que busca producir un cambio de posición del sujeto, llevar al punto de producir en la persona que busca el análisis en un sujeto en transferencia, siendo esto una rectificación subjetiva, explicando que es durante este momento en que el analista decide autorizar o no la demanda de un análisis, dependiendo del deseo y el discurso del sujeto, razón por la cual estas pueden durar indefinidamente. (Miller J. A., 2010, págs. 18 - 20).

Ante esto, lo que se puede esperar de un psicoanalista es que sepa cuando la palabra no hace bien, las primeras entrevistas son el inicio de una trayectoria, que marca el camino en que se va a desarrollar un análisis, o una terapia, pasando por lo que se llama la puesta en forma del síntoma por medio de la transferencia (Errecondo, s.f., pág. 2). En las instituciones hospitalarias, como S.O.L.C.A., hay necesariamente una interrupción del trabajo iniciado, principalmente por el egreso de los pacientes y no en el punto en que un sujeto podría cerrar esa experiencia por elección. Esto no significa que este trabajo no sirvió, dependiendo siempre del sujeto, lo cual se puede detectar por el discurso de este, al decir que se siente aliviado, mejor, entre otros.

Los hospitales son lugares en donde se practica un psicoanálisis aplicado, en tanto no hay, usualmente, una terminación por el pase (Errecondo, s.f., pág. 3). En general niños y adultos, demandan un alivio a su sufrimiento y no hacer un psicoanálisis; o, simplemente una escucha, como se vio en la práctica, pudiendo aplicar esta definición de Lacan: *“un psicoanálisis es la cura que se espera de un psicoanalista”* (Lacan, 2003, pág. 311), explicando que el practicante en el hospital está definido por su saber hacer y no por el pase de su análisis.

Miller, en una de sus producciones más importantes, “Introducción al método psicoanalítico”, realiza una sistematización de los momentos de un análisis, desarrollándolos en 3 niveles:

1.- Evaluación clínica: momento inicial de un análisis, produciéndose en las entrevistas preliminares o inclusive extendiéndose más allá, en la cual el analista debe tener una noción de la estructura clínica del sujeto que va a consultarlo, para de esta forma modificar y saber cómo trabajar con este, dependiendo de cuál sea su estructura, ya que no se trabaja igual con la neurosis obsesiva, como con la histeria; más aún cuando se trata de psicosis o perversión. (Miller J. A., 2010, págs. 19-21)

2.- Localización subjetiva: momento en que ya se adentra el sujeto en un análisis, al empezar a surgir el sujeto del inconsciente, evidenciado esto a través del discurso y el lenguaje, ya sea hablado como mediante el cuerpo, en el cual el sujeto hace presencia, dándole un cuidado y análisis profundo a los significantes, identificando que es lo verdadero y que es lo falso, al identificar que goce esconde cada palabra que dice y como se traduce en el síntoma. (Miller J. A., 2010, págs. 19-21).

3.- Introducción al inconsciente: el último momento en donde ya se produce una demanda de análisis como tal, el deseo del saber, al maniobrar el analista al producir la división y el cuestionamiento del sujeto, lo que permite ir más allá de

la simbolización, hacia lo real del goce del sujeto, produciendo ya una rectificación subjetiva, un cambio en la posición del sujeto con respecto a su goce y su decir, buscando que tome responsabilidad de esto y continúe en su búsqueda del saber de su inconsciente. (Miller J. A., 2010, págs. 19-24).

Notando Miller que entre estos 3 momentos se dan 2 vínculos: entre la evaluación clínica y la localización subjetiva se da la subjetivación, proceso en el cual se construye el sujeto del inconsciente a partir de la demanda que va cambiando por intervención del deseo del analista; y entre la localización subjetiva y la introducción al inconsciente se da la rectificación subjetiva, momento en el cual el sujeto va cambiando su posición y se produce el síntoma de transferencia, facilitando la emergencia de un análisis propiamente dicho, del encuentro con lo real y el inconsciente. (Miller J. A., 2010, págs. 21-24).

Importantísima contribución de Miller al dejar claro que momentos se dan en un análisis y como se producen, notando que durante las prácticas se llegaron a los 2 primeros momentos, usualmente llegando al primero únicamente, debido a la dificultad que presentaba el ambiente institucional para desarrollar el trabajo.

Miller dice: *“un análisis necesita que el sujeto pierda su confianza en sí mismo, y que no la recupere demasiado rápido, de tal manera que pueda quedar abierto el agujero donde pueda seguir trabajando”* (Miller, J.A., et. al., 2005, pág 79), refiriéndose a que el análisis utiliza la división del sujeto como una forma de trabajo, permitiendo que el sujeto se adentre en su inconsciente y que sus defensas e ideales no se restablezcan, ya que si ocurriese esto la resistencia no permitiría continuar un análisis, siendo siempre uno de los puntos más importantes del análisis el cuestionamiento del sujeto, por el cual se trata de mantener abierto el agujero, lo real del goce del sujeto, pero siempre teniendo en cuenta que este se cierra, siempre dependiendo del sujeto, ante lo cual el analista debe maniobrar.

Otros métodos para intervenir en un análisis son en lo que se denomina el encuadre o el setting analítico, teniendo sus características motivos específicos para facilitar el trabajo del sujeto, sirviendo usualmente como interpretaciones, siendo estos momentos del encuadre los siguientes:

1.- Escansión, el ritmo y la frecuencia de las sesiones: lo que se refiere a la frecuencia de las sesiones, utilizando esto el analista para perturbar el sentido, apuntando los cortes y los días en que se inicia la siguiente sesión a afectar el sentido del inconsciente, por lo que el tiempo no es fijo, dependiendo siempre de que conviene al sujeto para que se introduzca en su inconsciente. (Solano, Palomera, & Grasser, 2002, pág. 129).

2.- El precio de la sesión: sirviendo esta intervención para facilitar el semblante de objeto que maneja el analista, tratándose de la relación entre el analizante con el objeto. (Solano, Palomera, & Grasser, 2002, pág. 130).

En las prácticas se pudo constatar la importancia de la primera intervención desde el encuadre, ya que se produjeron efectos terapéuticos y avances en el trabajo según el corte y la frecuencia de las sesiones, no pudiendo comprobarse el segundo ya que, al ser una institución hospitalaria y por ser practicantes, no se pudieron cobrar las sesiones.

Esto suele darse en un momento más avanzado del análisis, en donde opera el Sujeto supuesto Saber, pero durante las entrevistas preliminares y al inicio del análisis, una de las operaciones más frecuentes y que permiten adentrarse en el trabajo es la simbolización, poner palabras al goce propio, a los traumas, a lo que Freud se refería como el retorno de lo reprimido.

La simbolización es uno de los efectos que pueden producir las intervenciones utilizadas en un espacio de palabra, Lacan explica esta función de esta forma: *“El significante, a la inversa del signo, no es lo que representa algo para alguien,*

es lo que representa precisamente al sujeto para otro significante.” (Lacan, 2011).

Esta compleja cita, escrita por Lacan en su análisis de la obra de Freud y la construcción de sus matemáticas, nos quiere decir que los significantes no equivalen a los significados, sino que cada significante está impregnado por el sujeto, por su inconsciente, ya que todos se remiten a otros significantes, cada uno estructurado según las vivencias y el propio inconsciente del sujeto, por lo que, cada significante representa al sujeto del discurso. La simbolización funciona de esta manera, los sujetos en análisis recogen, encuentran palabras, significantes, para representarse a ellos mismo, a su goce, el cual, al mismo tiempo se remite y remite a otros significantes, siendo esta la base de la asociación libre.

2.3 TRANSFERENCIA

Como ya ha sido expuesto, la transferencia es uno de los procesos de mayor importancia en el psicoanálisis, no solo porque permite y funda el trabajo en sí en cada sujeto, sino que es el que permite operar y poder ver como los pacientes avanzan en su saber de su inconsciente.

Se puede conceptualizar como *“Proceso en psicoanálisis por el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos dentro de un determinado tipo de relación establecida”* (Laplanche & Pontalis, 2004, pág 439), en especial la relación analizante-analista, en la cual funciona como terreno en el que se desarrolla la cura analítica, constituyéndose dentro de tres campos: imaginario, simbólico y real, dependiendo de la apertura del sujeto al trabajo y si le otorga una función de semblante al analista. (Laplanche & Pontalis, 2004, págs. 439 - 440).

La transferencia es la operación que inicia el psicoanálisis, sin esto no puede hablarse de un trabajo subjetivo, ya sea por parte del paciente como del analista, quien debe tener presente este concepto siempre para iniciar y dirigir la cura, como dice esta cita:

La transferencia no es un recurso técnico sino lo que funda propiamente no solo la dirección de la cura sino el psicoanálisis mismo (...) Si no hay clínica sin ética es porque se trata justamente de la transferencia, y la dimensión fantasmática del síntoma incluye la transferencia con el analista (Miller et al., 2005, pp. 37-38).

De esta forma queda claro que la transferencia es esencial para el psicoanálisis, producido este concepto y su forma de operar desde Freud, dedicándole dos escritos a este fenómeno, en los cuales inicia a explicar cómo se produce y porque es tan importante para un análisis:

En primer lugar, no, comprendemos que la transferencia resulte tanto más intensa en personas neuróticas bajo análisis que en otras, no analizadas; y en segundo lugar, sigue constituyendo un enigma por qué en el análisis la transferencia nos sale al paso como la más fuerte resistencia al tratamiento, siendo que, fuera del análisis, debe ser reconocida como portadora del efecto salutar, como condición del éxito. En este sentido, hay una experiencia que uno puede corroborar cuantas veces quiera: cuando las asociaciones libres de un paciente se deniegan, en todos los casos es posible eliminar esa parálisis aseverándole que ahora él está bajo el imperio de una ocurrencia relativa a la persona del médico o a algo perteneciente a él. (Freud, 1980, págs. 46 - 52)

Freud en este texto, “Sobre la Dinámica de la Transferencia”, nos habla sobre como un elemento de la resistencia es lo que paradójicamente facilita el análisis, llegando a esta conclusión de los innumerables casos que ha atendido para ese entonces, encontrándose ya al final de su vida y estudio del psicoanálisis, por lo cual el analista no debe buscar eliminar que el paciente le proyecte sentimientos, pero si tener presente que esto es resultado del análisis, pero siempre buscar valerse de este fenómeno, ya que si se lo rechaza o se lo toma como algo real, la resistencia imposibilitaría el análisis, como nos dice en esta cita:

Toda vez que la investigación analítica tropieza con la libido retirada en sus escondrijos, no puede menos que estallar un combate; todas las fuerzas que causaron la regresión de la libido se elevarán como unas «resistencias» al trabajo, para conservar ese nuevo estado (...) El análisis tiene que librar combate con las resistencias de ambas fuentes. La resistencia acompaña todos los pasos del tratamiento; cada ocurrencia singular, cada acto del paciente, tiene que tomar en cuenta la resistencia, se constituye como un compromiso entre las fuerzas cuya meta es la salud y aquellas, ya mencionadas, que las contrarían. (Freud, 1980, págs. 46-52).

Nos habla sobre como detrás de la resistencia, y por ende de la transferencia, se encuentra la libido, que dificulta que los recuerdos y traumas infantiles se lleven a la consciencia mediante palabras, por lo que esta fuerza pulsional encuentra otro método, mediante la proyección al analista:

En este punto, según lo atestigua la experiencia, sobreviene la trasferencia. Si algo del material del complejo (o sea, de su contenido) es apropiado para ser transferido sobre la persona del médico, esta transferencia se produce, da por resultado la ocurrencia inmediata y se anuncia mediante los indicios de una resistencia -p. ej., mediante una detención de las ocurrencias-. De esta experiencia inferimos que la idea transferencial ha irrumpido hasta la conciencia a expensas de todas las otras posibilidades de ocurrencia porque presta acatamiento también a la resistencia (...) El mecanismo de la trasferencia se averigua, sin duda, reconduciéndolo al apronte de la libido que ha permanecido en posesión de imagos infantiles; pero el esclarecimiento de su papel en la cura, sólo si uno penetra en sus vínculos con la resistencia. (Freud, 1980, págs. 46-52)

Aquí Freud empieza a referirse a como la transferencia facilita que el sujeto se adentre en sus traumas infantiles, ya que permite el flujo pulsional al proyectar sentimientos al analista, a lo cual el analista siempre debe estar advertido, ya que no siempre se producen sentimientos positivos, también pueden ser negativos:

Es preciso decidirse a separar una transferencia «positiva» de una «negativa», la transferencia de sentimientos tiernos de la de sentimientos hostiles, y tratar por separado ambas variedades de transferencia sobre el médico. Y la positiva, a su vez, se descompone en la de sentimientos amistosos o tiernos que son susceptibles de conciencia, y la de sus persecuciones en lo inconsciente. De estos últimos, el análisis demuestra que de manera regular se remontan a fuentes eróticas, de suerte que se nos impone esta intelección: todos nuestros vínculos de sentimiento, simpatía, amistad, confianza y similares, que valorizamos en la vida, se enlazan genéticamente con la sexualidad y se han desarrollado por debilitamiento de la meta sexual a partir de unos apetitos puramente sexuales, por más puros y no sensuales que se presenten ellos ante nuestra autopercepción consiente. (Freud, 1980, págs. 46-52).

Freud se refiere principalmente a la transferencia positiva, ya que la mayor parte de su trabajo se enfocó en la histeria, por lo que era común la proyección de sentimientos positivos y enamoramientos al analista, refiriéndose en el texto a la transferencia negativa como algo que dificulta el análisis, incrementando la resistencia, al proyectar sentimientos negativos y agresividad a la figura del analista, por lo que este debe saber maniobrar contra esta, no explorando mucho el concepto.

Freud en la siguiente cita de su siguiente texto sobre la transferencia “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”, da un punto final a la validez de la transferencia, diciendo:

Uno habría llamado lo reprimido a la conciencia sólo para reprimirlo de nuevo, presa del terror (...) Uno retiene la transferencia de amor, pero la trata como algo no real, como una situación por la que se atraviesa en la cura, que debe ser reorientada hacia sus orígenes inconscientes y ayudará a llevar a la conciencia lo más escondido de la vida amorosa de la enferma, para así gobernarlo (...) La participación de la resistencia en el amor de transferencia es indiscutible y muy considerable. Sin embargo, la resistencia no ha creado este amor; lo encuentra ahí, se sirve de él y exagera sus exteriorizaciones. (Freud, 1980, págs. 76-83)

De esta manera Freud, puntualiza claramente que el analista no puede huir de la transferencia, ya que es parte integral del análisis al ser una producción del inconsciente mismo. Este fenómeno permite el paso a la consciencia de recuerdos, porque habría el analista de reprimirlo, pero diciendo claramente que nunca se debe tomar este amor y sentimientos como reales, sino únicamente como algo que surge del análisis, no son sentimientos producidos durante este hacia el analista, explicación que continua al decir que la transferencia...

(...) se singulariza por algunos rasgos que le aseguran una particular posición: 1) es provocado por la situación analítica; 2) es empujado hacia arriba por la resistencia que gobierna a esta situación, y 3) carece en alto grado del miramiento por la realidad objetiva, es menos prudente, menos cuidadoso de sus consecuencias, más ciego en la apreciación de la persona amada de lo que querríamos concederle a un enamoramiento normal. (Freud, 1980, págs. 76-83).

Dejándole así claro a los analistas en formación sobre qué consiste este fenómeno, al cual Lacan, en su seminario 8: La Transferencia, explica, mediante el uso del término *ágalma* en la Antigua Grecia, del texto “El Banquete de Platón”, como se produce la transferencia, explicando que este significa “adornar, ornamento, adorno, objeto precioso” (Lacan, 2011, págs. 161, 164), que es un brillo que uno ve en un objeto, que lo hace invaluable, relacionando esto al amor al otro: “*Si se va a tratar de amor, ello será en acto, y lo que tendrá que manifestarse es la relación de uno con otro*”, es decir que ante el *ágalma* se actúa (Lacan, 2011, pág. 162).

Lacan, a partir del análisis de este término y de El Banquete, empieza a construir un concepto de la transferencia en relación al amor al otro, diciendo:

(...) a este otro lo hemos convertido en el otro a quien se dirige aquella función estrambótica que llamamos la oblatividad. Amamos al otro por él mismo (...) aun así persiste la ambigüedad sobre si lo que buscamos de este otro –a quien le dedicamos nuestra oblatividad en este amor todo amor, todo para el otro– es su goce, cómo parecería por el solo hecho de tratarse de la unión genital, o bien su perfección. (Lacan, 2011, págs. 170-171)

Esta cita nos habla de la oblatividad, cuestionándose si este amor al otro se basa en el acto sexual únicamente, o es por algo más, el brillo o ágalma que ve en este otro:

(...) el sujeto con quien, de entre todos los sujetos, tenemos el vínculo del amor es también el objeto de nuestro deseo (...) es algo que es la meta del deseo en cuanto tal, que destaca un objeto entre todos los demás como imposible de ser equiparado con ellos (...) si este objeto les apasiona es porque ahí dentro, oculto en él, está el objeto de deseo, ágalma.(Lacan, 2011, págs. 172-173)

Aquí Lacan menciona que este vínculo lleva relación con el deseo, por el cual los sujetos transforman al otro en un objeto causa de su deseo por encontrarse el ágalma, un brillo particular que los sujetos le atribuyen a otro, mencionando Lacan que...

(...) este objeto desempeña allí un papel que he tratado de formalizar en el fantasma (...) Identificación con aquel a quien le pedimos algo en la llamada del amor (...) el objeto en tanto que puede ser el objeto de deseo del otro con quien nos identificamos (...) hacemos que nuestra subjetividad se construya enteramente en la pluralidad, el pluralismo, de esos niveles de identificación que llamaremos el ideal del yo, el yo ideal, que llamaremos, igualmente identificado, el yo deseante. (Lacan, 2011, pág. 173).

Es decir que este brillo y a quien o que recae depende del fantasma de cada sujeto, en su goce y los significantes que lo representan, los cuales se proyectan en el otro, basándose Lacan en el ideal del yo y yo ideal, propuestos por Freud, modificándolos a una nueva concepción, la del sujeto del deseo, explicado brevemente en este texto, diciendo:

Es imposible no mencionar a este respecto (...) la dialéctica intrasubjetiva del ideal del yo, yo ideal u objeto parcial (...) frente a este espejo se crea, surge, el fantasma de la imagen real del florero oculto en el aparato. Si esta imagen ilusoria puede ser soportada y percibida como real, es en la medida en que el ojo se acomoda respecto a aquello a cuyo alrededor dicha imagen se realiza, o sea, la flor que hemos puesto nosotros (...) la encarnación imaginaria del sujeto – de esto es de lo que se trata en esta referencia (...) (Lacan, 2011, pág. 188).

Podemos decir que las identificaciones se encuentran impregnadas del goce del sujeto, en las cuales transfiere su deseo, significantes y síntomas al Otro, es decir es la representación del sujeto en el otro, que es lo que ocurre durante un análisis.

“Los sujetos en un análisis ponen en el analista sentimientos, creencias y expectativas en respuesta a lo que él dice, y desean actuar sobre estas que él analizante mismo anticipa” (Miller et al., 2005, pp. 37-38), siendo esta una operación que posibilita el mismo análisis, como dice Lacan en esta cita:

(...) la experiencia psicoanalítica debe comprenderse que se desarrolla entera en esa relación de sujeto a sujeto dando a entender con ello que conserva una dimensión irreductible a toda psicología considerada como una objetivación de ciertas propiedades del individuo.

En un psicoanálisis, en efecto, el sujeto, hablando con propiedad, se constituye por un discurso donde la mera presencia del psicoanalista aporta antes de toda intervención, la dimensión del diálogo.(Lacan, 2003, pág. 154)

Esta cita habla de como, por medio de la transferencia, el sujeto objetiviza al analista por medio de su discurso, y que la presencia del analista, es decir su manejo de la transferencia, es la condición para que se de un análisis, ante el cual el sujeto, recibe del analista su propio discurso, sus propios significantes.

“La fórmula de Lacan según la cual el sujeto recibe del Otro su propio mensaje invertido incluye tanto el desciframiento como la voluntad de actuar sobre a quién uno se dirige” (Laurent, 2006, párr. 7), es decir, que cuando el paciente habla, quiere encontrar en un otro o en el Otro a sí mismo, sus ideales y su deseo.

La transferencia se puede evidenciar de igual forma durante los silencios, intervenciones específicas de los analistas, en los cuales se pone en relieve el matema de la transferencia: S1...S2...S3...Sn (infinito), debajo de cada significante hay un saber esquivo (Solano, Palomera, & Grasser, 2002, pág. 128):

S1 —————> Sq (significante cualquiera)

S (S1...S2...S3...Sn)

(Solano, Palomera, & Grasser, 2002, pág. 128)

Cada significante trae otros significantes debajo de la barra que lo estructuran y forman su significación, siempre estando estos significantes velados en el inconsciente, encontrándose el silencio en los puntos suspensivos, en lo que falta por decir, encarnando lo real, el goce aferrado a cada significante. (Solano, Palomera, & Grasser, 2002, pág. 128).

La transferencia y su importancia en relación al flujo de significantes se comprobó en las practicas, por el método de trabajo que se utilizaba, el de cambio de escenas, en donde, en muchas ocasiones, un significante puntuado por el practicante llevaba a escenas traumáticas de los sujetos, viéndose la trascendencia de la transferencia al preceder estos cambios, por momentos en que se presenciaba la identificación, ya sea diciendo los pacientes: “usted sabe”, “doctor dígame que puede hacer”, “deme un consejo”, en donde ya entra en operación otro momento, el Sujeto supuesto Saber.

Uno de los momentos más críticos de la transferencia, es establecer el Sujeto supuesto Saber, semblante que durante la práctica clínica rara vez se pudo establecer, debido a que se debe pasar de una identificación imaginaria a la simbólica, dificultado esto, principalmente por los aspectos ambientales, ya que

los pacientes usualmente no estaban internados por mucho tiempo, o la cercanía con otros pacientes dificultaba el trabajo.

El Sujeto supuesto Saber (SsS) corresponde a la dimensión simbólica de la transferencia, siendo esta un semblante en el cual el analista funciona como objeto al cual el analizante le asigna el saber del Otro (Laplanche&Pontalis, 2004, pág 440).

De esta conceptualización se puede extraer que, el SsS es uno de los momentos clave de cualquier análisis, en donde el analizante le atribuye el saber al analista, ocupando este una función de semblante, precisión crítica en la práctica, ya que el analista no puede creerse este lugar en el que se ubica, como lo explica la siguiente cita:

Esto es lo que define la particularidad del lugar del analista, aquel que sostiene el cuestionamiento, la abertura, el enigma, en el sujeto que viene a su encuentro. Por lo tanto, el psicoanalista no se identifica con ninguno de los roles que quiere hacerle jugar su interlocutor, ni a ningún magisterio o ideal presente en la civilización. En ese sentido, el analista es aquel que no es asignable a ningún lugar que no sea el de la pregunta sobre el deseo. (Laurent, 2006, párr 6)

Bajo el SsS, se produce lo que se denomina el síntoma analítico, el cual es un significante que para el sujeto puede ser su asunto más íntimo o su virtud más cultivada, es decir que carece de objetividad, por lo que el acto analítico, al utilizar la transferencia para la curación desde la ética permite al analizante una autoevaluación tanto de su curación como de su síntoma. (Gallo, 1997, pág. 39).

Refiriéndose al SsS, Solano nos dice que al hablarse de la dirección de la cura no solo está en juego el saber hacer en el análisis, sino también el lugar que el analista debe asumir, el lugar del objeto causa de la construcción de la transferencia, implicando el SsS y la relación con el objeto a, los cuales convergen con el deseo inconsciente, por el cual se cruzan el deseo sexual, como encuentro de goce y significante (el fantasma) con los significantes que se

transfieren al analista (Solano, Palomera, & Grasser, 2002, pág. 90), es decir que la estructuración del SsS implica una actualización de los síntomas y significantes fantasmáticos que emergen durante el análisis.

Al instalarse la dimensión simbólica, el SsS, se sitúa un marco interpretativo desde lo semántico, es decir que los significantes empiezan a relacionarse entre sí, produciendo significaciones, presentándose también lo real por medio de la presencia del objeto a (Gallo, 1997, pág. 39), es decir el vacío, el goce presente que impregna a las palabras, no desde el sentido, sino desde la lógica del inconsciente real, a través del discurso del sujeto.

En lo que respecta a este vacío, la transferencia también tiene un momento en el que trabaja con el goce, la transferencia real, la cual no se instala a través de palabras, sino de actos que funcionan como interpretación.

En lo que corresponde a la transferencia como real, se puede utilizar el término de Acting-out, por dos razones diferentes:

1. Por la presencia en la transferencia de cuadros/fenómenos fuera del campo del significante, es decir no representables por medio de la palabra.
2. La insistencia de Freud de dar cuenta de este fenómeno y tratar de hacer algo al respecto en el análisis; es decir, tratar de hacer ingresar este goce, o pulsión en el campo de las huellas mnémicas. (Guerrero, 2012, párr. 1- 6)

Se incluye este momento en el trabajo de Freud porque demostró la existencia de lo real, notando que Freud no hablo de real, pero lo encontró en su trabajo como lo que dificultaba el análisis al haber algo que no permitía traer a la consciencia ciertos recuerdos, lo que no se puede llevar al lenguaje, como pudo comprobar Freud en casos como el de Dora, en el cual ella “actuó (agieren) un fragmento esencial de su recuerdos y fantasías en lugar de reproducirlos en la cura (hablarlo)”, es decir que estos actos interrumpían el proceso de

simbolización y traer a la consciencia los recuerdos, lo cual no esperaba Freud, relacionándolo luego al concepto de repetición en “Recuerdo, Repetición y Elaboración” momento de la obra freudiana donde el término *agieren* aparece por primera vez y es el mismo que fue traducido al inglés como “acting-out” y cuya traducción es “representar una obra hasta el final”. (Guerrero, 2012, párr. 1-10).

Según Guerrero (2012, párr. 12), el acting-out operando en la transferencia es una conducta que está destinada al Otro para mostrarle lo que él es como objeto, una vez que han caído los emblemas, los ideales, apareciendo en la transferencia cuando no tiene lugar su deseo en el lado del analista, pudiendo mostrarse en el cuerpo o escenas durante el análisis al no ser del orden de la palabra, estando relacionado con la angustia en un hecho de transferencia y es del orden del deseo.

2.4 EFECTOS TERAPÉUTICOS

Las intervenciones, como la transferencia, suelen producir efectos terapéuticos en los pacientes, por el devenir del inconsciente, lo cual sucedió en algunos casos de la práctica, en donde los pacientes comentaban “sentirse mejor, aliviados” al hablar de su malestar, poder dormir mejor, entre otros.

Los efectos terapéuticos desde el psicoanálisis se pueden conceptualizar brevemente como el resultado por el cual, mediante el trascurso del análisis o psicoterapia, el sujeto presenta alivio a su malestar subjetivo, usualmente de forma temporal, siendo esto parte del proceso clínico del psicoanálisis, ya que se producen por el efecto transferencial y el surgimiento del síntoma de transferencia, como también por la develación del inconsciente (Bachmann, 2009, pág. 5), resumiéndose en una cita: “*El efecto terapéutico se liga con hacer consciente lo reprimido (...)*” (Freud, 1981, pág. 195), queriendo decir Freud que basta que el sujeto haga consciente lo inconsciente para que se produzca un

efecto terapéutico, como se ha podido presenciar muchas veces en el trabajo práctico realizado.

Freud menciona los efectos terapéuticos que ocurrían en sus análisis por el retorno de la consciencia de recuerdos reprimidos, usualmente siendo estas escenas traumáticas de la infancia:

(...) tras la primera escena traumática se esconde una segunda que acaso cumplirá mejor nuestras exigencias y cuya reproducción desplegará mayor efecto terapéutico, de suerte que la escena hallada primero sólo poseería el significado de un eslabón dentro del encadenamiento asociativo (Freud, 1981, pág 195).

Freud explica que toda escenas traumática se liga a una anterior, hasta llegar al núcleo traumático, la escena primordial que no puede ser recordada, pero que sus efectos impregnan al síntomas y a las demás experiencias de los sujetos, pero que llevar a la consciencia los traumas infantiles derivados de esta escena primordial, producía efectos terapéuticos notables.

Cabe recalcar la diferencia que existe entre los efectos producidos por terapias de orientación psicoanalítica o por psicoanálisis, y las psicoterapias breves en las cuales *“el concepto de foco es un eje central (...) determinado por el motivo de consulta; síntomas, situaciones de crisis, descompensaciones”* (Miller, et al., 2005, pp 34), es decir que en estas terapias el enfoque se encuentra en un solo punto, en el foco, en un solo síntoma que presenta el paciente, por lo que el trabajo y los efectos terapéuticos que se buscan producir están *“ligados al motivo de consulta y subyacente al mismo, se localiza cierto conflicto nuclear exacerbado”* (Miller et al., 2005, pp 34).

Aterrizando esta noción a la teoría lacaniana, se puede explicar el cómo se producen estos efectos de esta manera: *“un efecto terapéutico rápido (...) reduce el goce implicado en el síntoma del sujeto y que relanza un nuevo ciclo en la dirección de la cura”* (Miller; et al., 2005, pp. 37), es decir que en todo

síntoma se encuentra un goce que angustia al sujeto, ante el cual el tratamiento psicoanalítico, la cura por la palabra, otorga un amplio margen de libertad al sujeto que padece por un sufrimiento mortificante.

En el Seminario 10, la delimitación del objeto a, resitúa la pregunta por la acción analítica y la orientación de la cura, diciendo: "*en el análisis la cura viene por añadidura*" (Lacan, 2006), hablando que un análisis no debería tratarse de producir efectos terapéuticos, sino en el adentramiento del inconsciente y la forma de goce de los sujetos, por lo que dice que la cura viene de añadidura, ya que es un efecto producido por la transferencia y la simbolización.

2.5 MALESTAR SUBJETIVO Y LO REAL

El malestar subjetivo es uno de los motivos más comunes para el inicio de un análisis y psicoterapia, siendo en el caso de S.O.L.C.A. el malestar que conllevaba la enfermedad, que, más que ser solo un malestar del lado físico, también está en juego lo real de la enfermedad, el surgimiento de lo inesperado que, como se pudo comprobar, muchos de los pacientes no han podido simbolizar o tramitar, produciendo angustia o actings.

Nos dice Freud en *Recuerdo, Repetición y Elaboración*: "En muchos momentos del análisis, el paciente no recuerda nada de lo olvidado sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo sino como acción, lo repite sin saber lo que hace", aquí entonces es presentado el acting como una forma de poner en escena un recuerdo, sin ser recordado, sino puesto en escena por el cuerpo. (Guerrero, 2012, pág. 10).

Según Lacan el acting-out fenomenológicamente se nos presenta como una actuación que insiste de tal manera que el Otro se ve convocado a hacer algo que no es del orden de las palabras, trabajándolo en el Seminario 10, siendo

diferente este del síntoma en donde hay una condensación de goce por medio de significantes, además dirá que el síntoma no necesita del Otro, al ser ya una respuesta a la angustia que este mismo produce, es decir que los síntomas rodean al mismo sujeto. Entonces dirá que para que un síntoma se dirija a Otro es necesario adjudicar al síntoma un plus que es el acting-out. (Guerrero, 2012, pág. 17).

En lo que se refiere a los acting-out, estos no eran comunes durante las entrevistas en S.O.L.C.A., pero si frecuentaban los familiares producir actings al retirarse de las salas donde se encontraban los pacientes, quienes entraban en episodios de angustia, seguidos por actings, en los cuales realizaban escenas fantasmáticas, como: retirarse de las salas, golpear paredes, tomar una postura hostil ante los otros, comerse las uñas, dar vueltas por los pasillos, entre otros.

En lo que respecta a los síntomas, se puede decir que el síntoma es ego sintónico, es decir que su función es hacer gozar a los sujetos sin necesidad del Otro. Cuando el síntoma se vuelve anti-homeostático; es decir, opera el más allá del principio del placer, produce displacer, o goce propiamente dicho; entonces hay un síntoma + un plus (acting-out) dirigido a Otro a quien demanda el deseo, por lo que suele ser común la prevalencia de actos en sujetos reprimidos o que se produzcan por transferencia, como un mensaje al analista. (Guerrero, 2012, pág. 13).

En los síntomas y el malestar del sujeto, lo Real es lo que hace volver al sujeto al mismo lugar de sufrimiento, lugar de falta de un significante, el cual el sujeto no puede acceder, se escapan las palabras que puedan mitigarlo, por lo que es un imposible, imposible de ser articulado por la palabra, o de ser representado. (Guerrero, 2012, pág. 16).

Miller nos dice *“el traumatismo me parece una consecuencia de la discrepancia, de la incoherencia entre un mundo que tiene una ley, la ley del padre-todo-amor y la emergencia de lo real sin ley (...) lo real es sin ley”* (Miller; et. al., 2005, pág. 82), es decir que muchos síntomas y malestar del sujeto viene del encuentro con lo real, con lo que no tiene palabras, siendo esto lo más común en S.O.L.C.A. ante el surgimiento del cáncer, un real, lo inesperado, que deja al sujeto en el vacío, produciendo un decaimiento del deseo y prevalencia del goce, por ende la angustia.

Miller habla sobre el síntoma y su relación con el deseo y el goce al decir que *“el deseo está articulado a lo simbólico; se desprende de los significantes como siendo sus significados. Enloquece el alma especular, anima los síntomas”* (Miller J. A., 2011, párr. 10- 14). Explica posteriormente que el sufrimiento del sujeto es producido por el goce, lo que está por debajo del deseo, que no se lleva a la palabra:

Pero, tanto el deseo como la relación sexual son verdades mentirosas, mentiras de lo mental. Debajo del deseo, una vez atravesada su pantalla fantasmática, hay lo que no miente sin que sea una verdad. Es lo que llamamos goce. El deseo es el sentido y el semblante de la libido, su mentira mental. El goce es lo que de la libido es real. Es el producto de un encuentro azaroso del cuerpo y del significante. (Miller J. A., 2011, párr. 15)

Esta cita nos explica que el goce toca el cuerpo, es lo que permite que el significante lo atraviese, por lo que se producen síntomas y efectos corporales que causan sufrimiento al sujeto, como se pudo observar en muchas ocasiones en S.O.L.C.A., en donde pacientes sufrían del cuerpo, pero no solo por la enfermedad, sino como síntoma, en el cual funciona como conversión, dando un mensaje al Otro:

“El universo mental no hace sino refractar indefinidamente la carne palpitante a partir de las más carnavalescas maneras y también la dilata hasta proporcionarle la forma articulada de esa ficción mayor que llamamos el campo del Otro (...) Comprobamos que ese encuentro marca el cuerpo con una traza inolvidable. Es

lo que llamamos acontecimiento de cuerpo. Este acontecimiento es un acontecimiento de goce que no vuelve nunca a cero.” (Miller J. A., 2011, párr. 11)

Refiriéndose precisamente a lo real, Miller explica que Lacan, al adentrarse en relacionar las teorías psicoanalítica con la lingüística, empezó a hablar sobre qué es lo real utilizando un algoritmo: S/s, S mayúscula sobre s minúscula, separación entre el significante y el significado, diciendo Lacan que lo real es lo que se encuentra fuera de este algoritmo, siendo previo a este, por lo que remite el sentido y el saber al registro de los semblantes, diciendo que lo que queda fuera, como resto, lo rechazado por lo simbólico, reaparece en lo real, pero que esto, en el análisis, este goce, se reparte en elementos que surgen en el análisis, produciendo significantes, pero que estos se remiten a un infinito, es decir que se topan con un vacío, con lo real, lo cual Lacan dice en su última enseñanza que es producido por la “no relación sexual” (Miller J. A., 2002, págs. 9 - 17), es decir que lo real, es lo que produce la significantización del goce, al ser un vacío inevitable, el objeto a, al cual el sujeto busca tapar mediante el lenguaje, produciéndose así el síntoma.

Refiriéndonos al síntoma, Miller explica que Lacan habla del síntoma como algo que no funciona, que quiere decir disfunción que revela algo verdadero, por lo que el síntoma es un funcionamiento que no se opone a lo real ni al saber en lo real, sino que participa de este, por lo que dice que el síntoma es del orden de lo real, ya que el síntoma funciona como un plus de goce (Miller J. A., 2008, págs. 11-13), es decir que los síntomas sirven como un modo de gozar del sujeto y que al mismo tiempo, producen sentido basado en los significantes cargados de goce, que se van a actualizar siempre, debido al encuentro con el vacío que causa en si el malestar, pudiendo llegar al punto de traducirse en el cuerpo.

Miller, habla sobre lo real en esta cita, sobre como el lenguaje marca el cuerpo, pero que esto no puede ser llevado al lenguaje...

...por eso hablamos de que se trata del inconsciente real, el que no se descifra (...) Ese cuerpo no habla sino que goza en silencio, ese silencio que Freud atribuía a las pulsiones; pero sin embargo es con ese cuerpo con el que se habla, a partir de ese goce fijado de una vez por todas. El hombre habla con su cuerpo. Lacan lo dice, el ser hablante por naturaleza. (Miller J. A., 2011, págs. 9-12).

A ese “hablar con el cuerpo lo traicionan los síntomas y cada acontecimiento de cuerpo” (Miller J. A., 2011, párr. 10). Ese hablar con su cuerpo está en el límite de toda interpretación y de toda solución final a los problemas del deseo y aunque Lacan trató de formular matemáticas y ecuaciones que encapsulen las problemáticas del deseo, el goce a nivel del inconsciente real no se ubica en una de estas, ya ubicando esto Freud y Lacan confirmándolo al decir que siempre hay un resto con los síntomas, por lo que no hay un final absoluto para un análisis. (Miller J. A., 2011, págs. 8-12).

2.6 DESEO DEL ANALISTA Y DEMANDA DE ANÁLISIS

Hablando sobre las intervenciones, efectos terapéuticos y el malestar subjetivo, no se puede obviar uno de los puntos más importantes en todo análisis y psicoterapia: la demanda. Del lado del analizante o paciente, usualmente en las prácticas, la demanda consistía en buscar un alivio a su malestar, o simplemente conversar con alguien, es decir de un reconocimiento de un otro, debido a su estado de soledad, particularmente en los casos de pacientes que no eran visitados por familiares.

La demanda de un análisis suele ser, por parte del analizante, aliviar su malestar, es decir busca una curación, pero es común, especialmente con los neuróticos, que los sujetos no busquen aliviar su malestar aunque lo hayan pedido, ya que se aferran al goce en estos, lo que Freud denominaba la pulsión de muerte, y ante lo cual Lacan dice que se contraponen la ética del deseo del

analista, es decir que el analizante busque el saber, siendo este deseo del analista una significación básica en la cual se busca liberarlo de los ideales morales del Otro, ya que el inconsciente no funciona desde estos ideales, sino como un lenguaje, estando aquí la responsabilidad subjetiva (Gallo, 1997, pág. 39) refiriéndose al discurso propio, el cual se ve tocado por el goce presente en el mismo lenguaje, por lo que en sí, el sujeto debe responsabilizarse de su modo de goce.

Sobre esta responsabilidad del sujeto, Laurent dice que lo que el análisis trata de hacer es que se deleve una nueva responsabilidad, que no sea en respecto al asujetamiento a significantes amos, es decir la apropiación de ideales impuestos por el Otro y los otros, como es el caso de la cultura, y que base su responsabilidad con respecto al objeto plus de gozar (Laurent, 2003, pág. 5), es decir que lo que el análisis busca hacer es liberar al sujeto del sufrimiento que conlleva el Otro y los significantes amos que rigen la vida y hacerlo responsable de su propio goce.

El sujeto para que demande un análisis debe tener razones apropiadas, es decir que llegue en angustia o sufrimiento, demandando un alivio, que esté presente la división del sujeto, ante lo cual el analista trabaja con este vacío (Solano, Palomera, & Grasser, 2002, págs. 131-136), no tratándose siempre los síntomas como objeto de la demanda de un sujeto, sino el goce, ya que el síntoma satisface al sujeto, pero pudiendo llegar al displacer al haber exceso de goce.

Miller sobre la demanda nos dice que las personas que van a ver a un analista no vienen como sujetos ya contruidos, sino como alguien que busca ser un paciente, siendo el primer pedido, la primera demanda la admisión como un paciente. Como primera demanda, también el sujeto busca avaluar su síntoma, es decir que demanda un diagnóstico, ubicándose ya en este momento un acto analítico al autorizar o no esta auto-avaluación del paciente de su síntoma (Miller J. A., 2010, págs. 16-20), ante lo cual el analista debe continuar maniobrando

hasta llegar al deseo del sujeto y producir una demanda de análisis, razón por la cual nos dice Miller que *“Entre nosotros no hay distinción entre la demanda terapéutica y la didáctica”* (Miller J. A., 2010, pág. 17), en donde ya se pone en juego el deseo del analista.

La noción del deseo del analista, aunque no tomado como concepto utilizando ese nombre específico, ha sido estudiado y su concepción ha variado en los diferentes momentos históricos del psicoanálisis ya que en Freud, el analista representa un sujeto, más allá de que lo reconozca alienado al lugar en que la transferencia lo coloca. En Lacan, cada vez más su formulación irá en el sentido de una función, en la cual la persona del analista no tiene cabida, hasta llegar a concebirlo como puro residuo de un discurso en transferencia (Dicker, 2011, pág 3), viéndose así como Lacan al avanzar en su trabajo empieza a diferir de los conceptos de Freud, modificándolos, basándose en sus textos, vacíos y errores que el mismo menciona, como en el caso Dora, razón por la cual Lacan no habla de contra-transferencia, en la cual el analista como persona debe manejar sus emociones y sentimientos hacia el analizante.

Lacan no dice que toda la concepción de Freud de la contra-transferencia es errada, ya que dice que

...no se trata en modo alguno de la contratransferencia en tal o cual; se trata de las consecuencias de la relación dual, si el terapeuta no la supera. Y ¿cómo la superaría si hace de ella el ideal de su acción? (Lacan, 2003, párr. 10).

Mediante esta cita Lacan trae un beneficio de la contra-transferencia, el cuestionamiento que trae, ya que habla sobre la problemática de cómo un analista puede superar la identificación con el analizante y manejar su trabajo transferencial si maneja toda su concepción desde esta noción contra-transferencial. Para Lacan, no deja de ser *“la suma de los prejuicios del analista, allí donde hace obstáculo la persona del analista”* (Lacan, 2003, párr. 11), tratándose de:

...el efecto de las pasiones del analista: su temor que no es el del error, sino de la ignorancia, su gusto que no es de satisfacer sino de decepcionar, su necesidad que no es de gobernar sino de estar por encima. (Lacan, 2003, párr. 13).

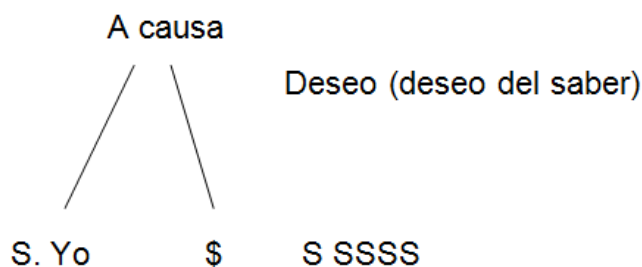
Dejando claro así que al interferir la persona del analista en el trabajo solo causa daño, ya que de esta forma pone primero en juego su saber, su capacidad como analista, por ende utiliza el discurso del amo al creerse la posición de tener el saber, por lo que denomina “anti freudiano” un psicoanálisis donde exista y se maneja desde la propuesta de una posición del analista como neutro y benevolente ante el analizante, diciendo que no es nada más que esconder el discurso del amo, ya que significaría una posición moral superior, diciendo: “(...) *pensad qué testimonio damos de elevación del alma, al mostrarnos en nuestra arcilla como hechos de la misma que aquellos a quienes amasamos*” (Lacan, 2003, párr. 14), notando que en ningún momento duda de que el analista “(...) *está tanto menos seguro de su acción, cuanto que en ella está más interesado en su ser*” (Lacan, 2003, párr. 15), metáfora la cual va a explicar más exhaustivamente en esta cita:

(...) lo que es seguro, es que los sentimientos del analista sólo tienen un lugar posible en este juego, el del muerto; y si se le reanima, el juego se prosigue sin que se sepa quién lo conduce. De allí puede afirmar que el analista es menos libre en su estrategia que en su táctica; y menos libre, aún, en su política, donde “haría mejor en ubicarse por su falta en ser que por ser. (Lacan, 2003, párr. 16).

Explicando así Lacan que el analista funciona como un lugar, no como una persona, por lo que más le corresponde identificarse con un muerto que como una persona en el análisis, ya que este hace presencia, pero no como persona, sino como un espacio al cual el analizante puede libremente transferir identificaciones y significantes sin estorbar el analista, notando que hay dos condiciones que ponen su sello en las primeras conceptualizaciones que hace Lacan acerca de la función del deseo del analista: 1.- la herencia freudiana,

donde el deseo del analista remite a una posición subjetiva; 2.- la misma concepción de la cura, en los primeros desarrollos de Lacan, en la medida en que la operación analítica está ligada al sentido y a la significación (Dicker, 2011, pág. 3). Es decir que Lacan no produjo la concepción de su última enseñanza fácilmente, sino que tuvo que pasar por un análisis y estudio, a lo largo de los textos de Freud y sus propias conceptualizaciones.

Según Lacan, al referirse sobre el deseo del analista en relación con la transferencia, hay que articular ambos fenómenos en un análisis para permitir el avance del analizante en su división subjetiva. La fórmula de Lacan es muy enigmática al tratarse de: "Te deseo aunque no lo sepa", es decir, que el analista debe hacer algo para que el analizante, al hallar su deseo, este no implique completud sino barrarse, por lo que se utilizan estas dos operaciones para hacerle un lugar al analista, en función de semblante del saber, para que su deseo se siga dirigiendo en torno al saber, siendo esto el objetivo en sí del deseo del analista, que se mantenga el deseo del saber (Guerrero, 2012, pág. 6), pudiendo graficarse esta operación de esta manera:



(Guerrero, 2012, pág. 18)

Explicando este grafico que el Otro (A), como semblante del saber en la transferencia, es lo que permite que un sujeto continúe en el flujo de significantes que permitan adentrarse en su subjetividad, y no estancarse en la resistencia ni en los ideales que pueden surgir, sino más bien desbaratarlos y continuar en el proceso de significantización.

Freud se ubica igualmente durante sus análisis como causa del deseo de saber, estando ya presente desde el inicio del psicoanálisis esta operación, con la particularidad freudiana que este permitía llegar a un punto de falta de un significante; y allí se encuentra lo que Freud llamaba “núcleo patógeno” y Lacan “objeto a”. (Guerrero, 2012, págs. 16-19).

S -> SSSSS [a] Núcleo Patógeno

(Guerrero, 2012, pág. 15)

“En El Seminario, Libro 10, La angustia, Lacan habla de la relevancia del estatuto del objeto a, como objeto causa” (Dicker, 2011, pág. 3), en relación al deseo del analista y la demanda, diciendo que si este objeto es un resto de goce que opera, causa de deseo que es imposible llenar, siendo esto un punto clave de localizar en un análisis solo posible si el analista se ubica como objeto causa de deseo en esa experiencia, encarnando el objeto a, soporte del fantasma del analizante (Dicker, 2011, pág. 2), explicando así el porqué de la necesidad de conocer sobre esta operación y como esto también produce que el analizante ya no demande solo efectos terapéuticos sino ya un análisis propiamente dicho.

Refiriéndonos brevemente sobre el deseo y su despliegue en el análisis, en “La dirección de la cura y los principios de su poder”, Lacan hace del deseo *“la metonimia de la falta en ser”* (Dicker, 2011, pág. 3), allí donde...

El sujeto, al articular la cadena significante, trae a la luz la falta en ser con el llamado a recibir el complemento del Otro si el Otro, lugar de la palabra, es también el lugar de esa falta. Sujeto y Otro, efectos del pasaje de la necesidad por los desfiladeros del significante, entran en la dialéctica de la transferencia de la mano de la expresión lacaniana: el deseo del hombre es el deseo del Otro (Dicker, 2011, pág. 3).

Diciendo esta cita que tanto la demanda del análisis como el deseo del analista se enmarcan bajo el deseo, el cual no es más que la representación de la falta del sujeto que representa el vacío entre este y el Otro, escena fantasmática que

se recrea durante el análisis mediante la transferencia, utilizando este deseo del sujeto para que acceda al saber de su inconsciente:

El deseo del psicoanalista no es un puro amor por el inconsciente. Participa necesariamente de esa ambigüedad que hace que el psicoanalista cambie su saber en horror, cada vez que responde mediante su acto a aquél que quiere 'saber su verdad'. El psicoanalista tiene horror de su acto (Lacan, 2003, pág. 18).

Lacan trae la advertencia en esta cita de que el deseo del analista no debe implementarse a cada momento, sino el cual sea conveniente para el sujeto, ya que si no funciona así, el analista estaría dejando su condición de semblante del objeto y lo asumiría, como dice Dicker, tomando a Lacan:

Ya no es el deseo del analista como "pivote de la cura", sino su aspiración a ocupar esa posición cuando sólo puede hacerlo como semblante del objeto, porque ese objeto... él no puede serlo. No hay consistencia óptica. La operación arroja al analista en el "deser". (Dicker, 2011, pág. 4).

Concluyendo así la explicación de esta operación con una cita de Miller:

(...) el analista a través de la separación entre enunciado y enunciación, a través de la reformulación de la demanda, de la introducción del malentendido, dirige al paciente en una vía precisa al encuentro del inconsciente; lo lleva en dirección al cuestionamiento de su deseo y de lo que quiere decir, y hacerle percibir que, en sí mismo, hay siempre una boca mal-entendida. Ese es un acto de dirección del analista. (Miller J. A., 2010, pág. 62).

Nos explica clara y brevemente para que sirve este deseo del analista y cómo funciona, siendo su único objetivo llevar al analizante al encuentro con su inconsciente y que se mantenga este deseo.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

En este capítulo se conceptualizará y explicarán los diferentes métodos de investigación que se utilizaron para el desarrollo de este proyecto, los cuales le dan validez y clarifican su uso en el transcurso de la investigación y redacción del trabajo.

3.1 MÉTODO DE ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO

El método de análisis bibliográfico consiste en una modalidad metodológica de investigación y observación cualitativa enfocada en el análisis de documentos bibliográficos, pudiendo ser estos documentos personales, obras literarias, obras científicas, entre otros.; cabe mencionar que la revisión de documentos debe ser selectivo debido a la gran cantidad de material existente. (Sampieri, Fernández-Collado, & Lucio, 2006, págs. 22-31).

Este método investigativo tiene como objetivo encontrar respuestas a las preguntas y problemas formulados para investigar, utilizando como recurso documentos bibliográficos, divididos estos en: fuentes primarias o directas y Trabajos o fuentes secundarias. Las fuentes primarias son todos los documentos ligados directamente con el objeto de estudio de autores reconocidos que han producido trabajos importantes y originales del campo de estudio que se trabaja (Zorilla, Torres, Cervo, & Bervian, 2000, pág. 125), es decir en este caso serían el Seminario 8: La Transferencia de Lacan y la Dinámica de la Transferencia y Sobre el amor de transferencia de Freud, al igual que Introducción al método psicoanalítico de Miller.

Los trabajos o fuentes secundarias son estudios científicos o teóricos realizados apartir de las fuentes primarias y relacionados con el objeto a investigar, pudiendo obtener de estos referencias bibliográficas de fuentes primarias

(Zorilla, Torres, Cervo, & Bervian, 2000, pág. 126), siendo en este casos, los varios artículos citados como los del libro Los usos del psicoanálisis de Eric Laurent y otros, ¿Cómo cura el Psicoanálisis? De Esthela Solano y otros y los trabajos de Miller sobre la teoría lacaniana como Efectos Terapéuticos rápidos.

También existen fuentes terciarias, que son documentos donde se encuentran referencias de fuentes diversas, siendo usualmente documentos y artículos de revistas, páginas web, entre otros (Sampieri, Fernández-Collado, & Lucio, 2006, pág. 30).

Este método fue poco utilizado, ya que se prefirió utilizar textos de mayor trascendencia en la teoría psicoanalítica, utilizando de igual forma algunos escritos terciarios, ya sean artículos de internet, revistas psicoanalíticas y libros, a los cuales se analizaban los capítulos y párrafos relevantes a la investigación, subrayando las oraciones y párrafos que se citaron. Se utilizó en la investigación para analizar, sintetizar textos bibliográficos sobre el tema estudiado, no buscando generarse información nueva, ya que el trabajo propuesto se enfoca en el estudio bibliográfico sobre las intervenciones clínicas y los efectos terapéuticos que puedan tener.

Las características de este método son buscar objetividad para permitir la reproducción del análisis, ser sistemático al ser analizados los documentos con un mismo sistema (Fernández, 2002). Se requiere, como parte de las etapas de este método: identificar la población a estudiar, es decir los documentos pertinentes al tema; seleccionar una muestra por la imposibilidad de analizar todos los documentos que existen sobre el tema; establecer unidades de análisis, que son los segmentos de los documentos que interesa investigar y analizar; encontrar las unidades de contexto, que son las bases de sentido, o las definiciones teóricas más básicas, dentro del texto; analizar los documentos y sus teorías dependiendo del tema y la hipótesis con la que se trabaja. (Sampieri, Fernández-Collado, & Lucio, 2006, pág. 26).

3.2 MÉTODO EXEGÉTICO

Según el Diccionario de la Lengua Española, exegesis significa: “*explicación, interpretación*”. Desde la jurisprudencia, “(...) el método exegético se utiliza para el análisis de leyes, con la noción que estas normas no pueden ser variadas por nadie, ya que fueron formuladas por el poder legítimo y que el autor no se equivoca en ninguna palabra u omisión.” (Giraldo, 2012, págs 146 - 156).

Este método se utilizó en pocos libros de los autores más importantes del psicoanálisis: Freud y Lacan, para poder darle validez teórica a algunos conceptos expuestos como son la transferencia, realizándose un análisis de párrafos y citas específicas en estos libros, aterrizándolos a la práctica actual del psicoanálisis en relación con la que se realizaba en la época en que fueron escritos, siendo los textos los siguientes: el Seminario 8: La Transferencia de Lacan y la Dinámica de la Transferencia y Sobre el amor de transferencia de Freud, al igual que Introducción al método psicoanalítico de Miller.

La exégesis en el marco jurídico utiliza varias técnicas de análisis de los textos para obtener el mayor conocimiento de estos, siendo:

1.- Análisis semántico: implica la aproximación del conocimiento a través del análisis de las palabras, las cuales son intencionadas, al igual que las omisiones por el autor, no buscando interpretar ninguna parte del texto sino utilizar las definiciones dadas en el mismo (Giraldo, 2012, pág 146-152).

2.- Análisis gramatical: analiza la estructura general del textos por medio de las oraciones en este, haciendo referencia a la estructura de estas, buscando su verbo, sujeto y predicado para concluir cual es el destinatario del texto, el ámbito que circunscribe y las palabras que clarifican. (Giraldo, 2012, págs 146 - 153).

3.- Análisis histórico: recoge el ámbito y momento histórico en que se escribe el texto para poder aproximarse a su comprensión más clara, además de analizar el texto desde el momento histórico en que se realiza la investigación.(Giraldo, 2012, págs 146 - 156)

De entre estas se puede decir que, el método exegético que este trabajo utilizó consiste en un análisis exhaustivo de cierto material bibliográfico base para una investigación, enfocándose este trabajo en escritos de Freud sobre la Transferencia y Lacan, utilizando algunos capítulos de su texto “Seminario 8: La Transferencia”, libros de importancia trascendental en la teoría psicoanalítica sobre la temática a tratar. Se siguieron dos de las técnicas expuestas de análisis para poder extraer la mayor cantidad de información de estos textos, aplicado al formato y al marco teórico psicoanalítico que utilizó este proyecto, siendo estas el análisis semántico y el análisis histórico.

3.3 ANÁLISIS DE CASOS

El análisis de casos es “una modalidad investigativa que busca estudiar un caso específico tomado de un universo poblacional, siendo un caso un sistema integrado que interactúa en un contexto con sus propias características” (Bernal, 2006), para el presente trabajo, se ha considerado 5 pacientes del universo poblacional del hospital S.O.L.C.A., pudiendo aterrizar este método y su forma de escritura a los conceptos del psicoanálisis como:

la escritura del caso clínico pone en primer plano una lógica según la cual el punto de mira de lo real aparece como el vacío que el caso envuelve ya no es tanto la lógica del caso lo que se pretende controlar como el deseo del analista, practicante implicado en la conducción de la experiencia. (Matet, 2013, pág 2).

El análisis de casos se construye mediante un proceso que se inicia con la definición de temas específicos que se buscan estudiar y analizar, siendo indispensable la redacción de los casos y el estudio de estos siguiendo un marco teórico referencial (Bernal, 2006, pág 23), en este caso el psicoanálisis.

3.4 VARIABLES INDEPENDIENTE Y DEPENDIENTE

Las variables son todos los elementos que se pueden medir, controlar o estudiar en una investigación, más precisamente, consisten en características, cualidades, rasgos del objeto de estudio, etc., siendo estos elementos sobre los cuales la investigación gira, ya que busca la existencia, magnitud y relaciones entre estas. (Zorilla, Torres, Cervo, & Bervian, 2000, pág. 121).

Estas variables se dividen en dos: independiente y dependiente. La independiente condiciona o explica o determina la presencia de otro elemento o fenómeno, es decir es el elemento que no va a cambiar y puede transformar a otro, mientras que la dependiente es el fenómeno que debe explicarse, ya que es afectado por la anterior, siendo entonces este la base de la investigación, ya que busca explicar este fenómeno (Zorilla, Torres, Cervo, & Bervian, 2000, pág. 121).

La variable dependiente no es manipulada por el investigador, sino que se indaga y se detecta como la variable independiente produce el efecto de manipulación en la primera. La variable independiente puede ser manipulada por el investigador, con su presencia-ausencia; es decir que se investiga que sucede al estar o no esta variable en relación a la variable dependiente y los efectos que produce o no, teniendo siempre que explicar en qué consisten dichas variables, mediante una definición conceptual y operacional. (Sampieri, Fernández-Collado, & Lucio, 2006, pág. 113).

Tanto la variable dependiente como la independiente se van a definir brevemente en dos formas, en qué consisten estos elementos, explicados brevemente de forma teórica, ya que ya han sido desarrollados en el capítulo 2, y de forma operacional, es decir como operaron durante la investigación, precisando que se refiere en este momento a cómo los conceptos estudiados se

produjeron en las prácticas clínicas de S.O.L.C.A., consistiendo el trabajo en darles una explicación desde la teoría estudiada.

3.4.1.- Variable independiente: intervenciones de orientación psicoanalítica

Definición conceptual:

Orientación se refiere al marco de preferencia conceptual, específicamente la orientación psicoanalítica es un método de trabajo con la subjetividad leído desde el marco teórico psicoanalítico, del cual toma varios de sus conceptos básicos para estructurar un encuadre y forma de intervención psicológica, basándose específicamente en la transferencia como técnica y elemento que posibilita el trabajo (Gallo, 1997, pag. 35).

Definición operacional:

Dimensiones, Indicadores y Unidades de Medida: como caras posibles de la variable “intervenciones de orientación psicoanalítica”, se toman los conceptos: simbolización, transferencia y Sujeto Supuesto Saber, como dimensiones de esta variable, debido a su relación con las intervenciones y su efecto en el sujeto durante el trabajo.

En lo que respecta a los indicadores, estos consisten en la caracterización y breve conceptualización que se les da a cada dimensión que se ubicó de esta variable. En tanto las Unidades de Medida, se incluirán en la caracterización de las diferentes caras a estudiar de esta variable, ya que al tratarse de conceptos, se tratará esta dimensión de forma cualitativa, datos obtenidos tanto del discurso de los pacientes, como del trabajo y análisis del practicante, las cuales son:

- Simbolización: es el proceso psíquico a partir de las vivencias que se dan en el encuentro-desencuentro con el Otro y que en base a los movimientos metáforo-metonímicos a nivel representacional, configuran cadenas de significantes mediante las cuales se constituye lo que podríamos concebir

como una verdadera malla que permite la circulación del afecto, es decir encontrar un símbolo, palabras, para permitir el trámite de la pulsión de forma simbólica. (Schkolnik, 2007, págs. 21 - 27).

Se intervenía desde la simbolización al indicar al paciente que hable, que diga lo que le molesta, usando la frase “ponga en palabras”, en los momentos en que los sujetos se topaban con el vacío significante.

- Transferencia: Proceso en psicoanálisis por el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos dentro de un determinado tipo de relación establecida, en especial la relación analizante-analista. (Laplanche&Pontalis, 2004, pág 439).

Las intervenciones para establecer la transferencia se enfocaban principalmente en mostrar un interés por el saber del malestar subjetivo y del inconsciente; demostrado en las entrevistas usualmente con frases como: “que interesante”, “diga más”, “cuénteme más” o simplemente asintiendo ante el discurso del paciente, acusando recibo. Otras formas para establecer esto se daba en como el practicante ofertaba el trabajo, siempre dando a notar la importancia de un espacio de palabra, privado.

Eran importantes también las intervenciones de los médicos y enfermeras, al derivar a los pacientes hablar con los practicantes, instaurando la transferencia más fácilmente. Una intervención por parte del practicante es también el uso de la frecuencia de las entrevistas según cada caso, siendo seguidas o con varios días entre ellas, sirviendo esto para establecer una transferencia idónea para el trabajo psicológico.

- Sujeto supuesto saber: semblante producido por parte de la transferencia simbólica en la cual el analista funciona como objeto al cual el analizante le

asigna el saber del Otro, el cual el analista encarna como semblante. (Laplanche&Pontalis, 2004, pág 440).

El trabajo para establecer este semblante se daba al dar interpretaciones o señalamientos a los pacientes de su propio discurso, remarcando significantes y situaciones que se repiten, encarnando un semblante de saber, establecido esto también por la posición en que se ubica el practicante, teniendo siempre presente que el saber del inconsciente está de lado del paciente, es decir manteniendo una distancia que permita mantener este semblante sin pasar a una posición imaginaria de amistad o consejería.

3.4.2.- Variable dependiente: efectos terapéuticos

Definición conceptual:

Proceso por el cual, mediante el trascurso del análisis o psicoterapia, el sujeto presenta alivio a su malestar subjetivo, usualmente de forma temporal, siendo esto parte del proceso clínico, ya que se da por tanto el efecto transferencial y el surgimiento del síntoma de transferencia, como también por la develación del inconsciente (Bachmann, 2009, pág. 6), distinguiéndose así del concepto médico del efecto terapéutico, el cual consiste en el restablecimiento a un estado previo de salud.

Definición operacional:

Dimensiones, Indicadores y Unidades de Medida: debido a que no existen tipos específicos y sistematizados teóricamente de efectos terapéuticos, se utilizarán las categorías de la variable independiente para caracterizar los efectos terapéuticos, por el motivo de que la variable independiente afecta de forma directa a la variable dependiente. En este caso las intervenciones de orientación

psicoanalítica son las que producen los efectos terapéuticos, variando según el tipo de intervención que se trabajó con los pacientes durante las prácticas clínicas. Se puede evidenciar de forma cualitativa los efectos terapéuticos por el decir del paciente durante las entrevistas, cuando afirman sentir una mejoría o alivio en general desde que comenzó el tratamiento, evidenciando la presencia de las diferentes intervenciones:

- Efectos terapéuticos por simbolización: se produce como efecto del ejercicio de hablar sobre un evento traumático por parte del paciente, se pone palabras a los síntomas y malestar del sujeto, produciendo alivio por el hecho de verbalizar y poder encontrar sentido o un límite al goce. Por otro lado se posibilita también el cambio de escenas por medio de significantes que atraviesan los diferentes momentos de la vida subjetiva de los pacientes.
- Efectos terapéuticos por transferencia: produce principalmente un alivio desde el ámbito imaginario, primer momento de la transferencia, en el cuál el sujeto se identifica con el psicólogo, sintiendo que puede hablar sobre su malestar con alguien, se ubica cuando el sujeto solicita hablar con el psicólogo, dando importancia también a cómo se lo nombra, usualmente como “doctor” por el ámbito hospitalario, además de frases donde se puede notar la identificación por parte del paciente como: “como le conté la otra vez”, “necesitaba hablar con usted”.
- Efectos terapéuticos por Sujeto supuesto Saber: produce principalmente el síntoma transferencial, por el cual se actualizan los deseos inconscientes ante el semblante del Otro, presentándose mediante sueños de transferencia, frases donde se le otorga al psicólogo un saber privilegiado como: “usted sabe”, “necesito un consejo”, “doctor cúreme”.

3.5 CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Los pacientes oncológicos de S.O.L.C.A. son los protagonistas de este proyecto, ya que con el trabajo realizado con ellos se pudo construir la hipótesis y el desarrollo de este trabajo.

La población del hospital S.O.L.C.A. consiste de miles de pacientes que rotan de forma permanente, ya sea internados en las diferentes áreas por padecer cáncer, como aquellos que se sometían a sesiones de quimioterapia de forma ambulatoria. Durante la práctica pre-profesional se trabajó con aproximadamente 150 pacientes durante el transcurso de un año, la mayoría de estos encontrándose en el área de Cirugía por su continua rotación e ingreso de nuevos pacientes. En el área de Oncología Clínica se pudo realizar el mayor trabajo por el extenso período que se encontraron internos varios pacientes, mientras que en Quimioterapia Ambulatorio, el trabajo era ocasional, ya que se visitaba esta área una semana de cada mes, encontrándose casos importantes pero no muy numerosos. De esta población extensa se tomarán unos pocos casos representativos del trabajo realizado durante las prácticas pre-profesionales a manera de ilustración de los conceptos aquí presentados.

Este trabajo consiste en 5 casos específicos que serán expuestos y analizados de la práctica realizada durante el año 2013 en el hospital S.O.L.C.A., tratándose estos casos clínicos de pacientes oncológicos de las áreas de Oncología Clínica, Cirugía y Quimioterapia Ambulatoria. Las características de los pacientes varían según el área en que se encontraban:

- Oncología clínica: los pacientes se encontraban siempre acostados en camas, habiendo 10 en cada una de las 6 salas. Existían 6 cuartos llamados "Ambiente", en los cuales se encontraban los pacientes que presentaban fiebre o infecciones, habiendo uno solo por cuarto para evitar contagiar a los demás pacientes y para no empeorar el cuadro del anterior. La condición de los

pacientes variaba según la sala, encontrándose los casos más graves o de síntomas agudos en la primera sala, los más estables en las salas 2 – 4, y los pacientes con leucemia en las salas 5 – 6. Los pacientes solían ver televisión o dormir la mayor parte del tiempo, estando acompañados por familiares la mayoría de ellos, particularmente los enfermos de leucemia.

- Cirugía: los pacientes se encontraban acostados en 6 diferentes salas, siendo la primera para la preparación y espera para cirugías, siendo las demás para los pacientes en recuperación. Usualmente se veía pacientes caminando a lo largo de esta sección acompañados por familiares. La particularidad de estas salas era la gran cantidad de familiares acompañando o esperando a los pacientes. Era notable que durante el año de trabajo, la mayoría de los pacientes de esta área mostraban interés y deseo de hablar con los practicantes, en muchos casos presentando angustia y ansiedad en momentos previos a la cirugía.

- Quimioterapia Ambulatoria: la mayoría de los pacientes de esta área se encontraban dormidos o conversando entre ellos, ya que todos están sentados en sillas muy próximas unas de otras, en donde se les suministra su sesión de quimioterapia. Muchos pacientes en esta sala tenían la disposición de conversar, más que de hablar de sus problemáticas, debiéndose en parte a que los pacientes cercanos escuchaban claramente todo lo que se conversaba, encontrándose algunos casos en que si se pudo trabajar subjetivamente. Era frecuente ver a pacientes vomitar por los efectos de la quimioterapia. En esta área se encontraban dos camas para los pacientes de mayor edad o condición más delicada, con quienes se pudo trabajar más fácilmente, al encontrarse en pequeños cuartos aislados de los demás.

Lo prevalente en todas las áreas era la presencia del real de la enfermedad en el discurso de los pacientes, muchos de ellos no teniendo palabras para significar o darle sentido al surgimiento del cáncer, usualmente inesperado, particularmente

en los pacientes jóvenes, siendo más presente la angustia en los pacientes que se iban a someter a cirugías.

En la mayoría de los casos, específicamente en aquellos pacientes con quienes se pudo trabajar subjetivamente, al empezar a hablar de la enfermedad, los significantes que surgían se asociaban a la vida e historias pasadas, usualmente traumáticas, pudiendo observar cómo los significantes se enlazan en todas las escenas de la historia de los pacientes, haciendo presencia el fantasma que vela el goce y lo real.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE CONCEPTOS POR MEDIO DE CASOS

El siguiente capítulo va a exponer 5 casos seleccionados de los trabajados durante el año de prácticas, debido a que representan los conceptos estudiados en este trabajo de forma más clara que otros. Se expondrá detalladamente como se desarrollaron las entrevistas con estos pacientes, remarcando las intervenciones realizadas y las frases de estos sujetos que denotan la presencia de la transferencia y de efectos terapéuticos.

Al final de cada caso se hará un análisis, donde se expondrá la presencia de los conceptos claves de esta investigación y como afectaron el trabajo realizado, además de las maniobras realizadas mediante intervenciones.

4.1.1 Caso: M.F.

La paciente, al preguntársele como se encontraba, comenta que tiene cáncer linfático, que está tranquila gracias a Dios, que se encuentra en el hospital por la pierna, diciendo: “no la puedo mover”. Al preguntarle qué piensa sobre lo que le ocurre, responde: “uy estuve asustada porque tenía inmovilizada la pierna”, se le repite la palabra *inmovilizada* y dice “sí, empezó como una picazón en el abdomen y fue bajando poco a poco hasta que se fue entumeciendo la pierna”. El practicante interviene diciendo que siga diciendo, ya que M.F. mostró en su cara que no podía decir algo, indicando posteriormente: “...se me cayó... se me cayó el cuerpo”. Hay que notar que el practicante intervino con el silencio también, ya que la paciente se demoró en completar el significante, deteniéndose al decir “se me cayó”.

Se le repite esa frase y dice que “sí, desde ahí ya no pude caminar”; comenta que sintió “dolor intenso en toda la parte de abajo”, señalando con las manos su abdomen, que no puede caminar desde ese momento y tiene que andar en silla de ruedas en su casa. Se le pregunta si la visitan y dice que su hermana, pero que ahora han contratado una señora que la cuida y termina diciendo: “así es doctor, gracias a Dios estoy tranquila, estoy tranquila”, notando la repetición de la frase “estoy tranquila”, mostrando inseguridad.

En la segunda entrevista, dos días después de la primera, M.F. dice que está tranquila, que ya puede ir a su casa, pero que debe continuar con quimioterapia, radioterapia y fisioterapia pero de forma ambulatoria. Se le pregunta que como así ya se va, diciendo “ya puedo mover más la pierna”, mostrando al practicante como movía lentamente el pie y la pierna. Dice que sus hermanas la están ayudando con el trámite y con una silla de ruedas “para moverse”, dice esto riéndose. Continúa su relato diciendo que estaba preocupada porque, aunque ya puede mover un poco, aún está “inmovilizada de la pierna”, se le repite inmovilizada y dice sí, que el doctor le ha dicho que se va a demorar en recuperar la movilidad y que así Dios quiso. Se le pregunta si alguna vez se ha sentido inmovilizada, respondiendo rápidamente “no, no nunca, yo he sido una chica muy activa”.

El practicante se mantiene en silencio, a lo cual la paciente empieza a relatar que ella vive con su mamá, que pasaba de un lado a otro cuidándola, haciendo las compras, trabajando, pero que ahora está “inmovilizada”, que se preocupa por su mamá de 78 años, que necesita ayuda, hace una pausa y dice “voy a necesitar ayuda”. El practicante le interviene diciendo: ¿para movilizarse?, respondiendo sí, riendo y continua diciendo “con el apoyo de mi familia”. Al terminar esta frase se mantiene un breve silencio a lo cual dice, “yo no me he sentido sola, ni abandonada, mis compañeros han sido bien solidarios”, refiriéndose a los demás pacientes, “no he estado sola ni triste, estoy tranquila”.

Ante esto el practicante le dice que mencionó que vive con su mamá, diciendo que sí, que ella es viuda y “yo soy la quinta de 6 hermanas, yo me quedé soltera porque mi mamá enviudó y la cuido siempre, no la he dejado sola”. Al terminar esta frase, muestra un gesto de desconcierto, diciendo que su mamá igual no está sola ahora, está con sus hermanas, pero que al enterarse del cáncer de ella, “se quedó dolida”, cambió la palabra rápidamente diciendo, “le afectó bastante la enfermedad, se puso mal, se enfermó, pero le digo mami estoy tranquila, Ud. también lo tiene que estar y así es.” Termina la sesión al acercarse una enfermera preguntándole de sus datos para su salida. Al terminar expresa interés en seguir con las entrevistas, diciendo “doctor, yo quisiera seguir hablando, me ha ayudado esto”, a lo cual el practicante la deriva a las oficinas de psicología de la institución, diciendo la paciente “¿no puedo verme con usted?”, explicando el practicante que no puede al no ser profesional y que es disposición institucional la derivación.

Análisis:

El caso expuesto muestra en particular como el psicoanálisis se maneja desde un tiempo lógico, ya que la paciente pasó de las entrevistas preliminares a la instauración de la transferencia, inclusive al SsS en dos entrevistas. Es notable como la intervención de la puntuación marcó a la sujeto, ya que el significante “inmovilizada”, no solo que produjo cambio de escenas, sino que se puede teorizar que es uno de sus significantes fantasmáticos al atravesar hasta la relación con su madre, en la cual se nota el estrago.

En la segunda entrevista, se puede evidenciar la presencia del significante inmovilizada prevalentemente, por lo que el practicante, como interpretación, lo utiliza al hablar de su malestar, causando no solo la simbolización, sino el inicio del encuentro con lo real, al quedarse sin palabras en ocasiones al referirse a su madre y a su sentimiento de soledad. Es notable como la intervención del silencio produjo que el discurso de la paciente fluya, ya que el practicante

notaba, por sus expresiones tanto discursivas como faciales, que había dificultad, un encuentro con el vacío, al hablar de su madre, de su malestar, por lo que al operar con el silencio se le dio la oportunidad a la sujeto que encuentre palabras, significantes que encapsulen el goce.

Se puede hablar de un SsS, ya que al terminar la segunda entrevista, la paciente demanda continuar con el trabajo, de seguir hablando, habiendo ya un inicio de demanda de análisis, con la particularidad de que pide continuar con el practicante, viendo como se ha instaurado el semblante del saber, además de que se refería a este como doctor, otorgándole una imagen de saber, por lo que, de igual forma se pudiera hablar de un cambio de discurso, ya que pasó de un discurso de queja y malestar, al referirse solo de su dolor e inmovilización en la primera entrevista, a escenas pasadas, del cuestionamiento del sujeto al referirse de cómo iba a necesitar ayuda, cuando decía anteriormente que estaba bien, y su deseo de continuar el trabajo subjetivo.

4.1.2 Caso: D.T.

El practicante se acerca al familiar de una paciente de Oncología Clínica, la paciente se encontraba dormida. La familiar se tocaba la cabeza constantemente, deduciendo el practicante que le dolía la cabeza, confirmándolo posteriormente durante la entrevista. Se inicia la entrevista preguntándole como está la paciente, diciendo “bien, recuperándose pero a veces se pone mal, se deprime cuando se le cae el cabello por la quimio”, le da vómito y que así ha estado en este tiempo, que ya van algunos ingresos. Se le pregunta cuál es su parentesco, respondiendo “es mi mamá”.

Al preguntársele cómo esta ella contesta: “si me pongo mal a ratos, pero procuro que no me vea así mi mamá para que no se ponga mal”, diciendo: “me ha afectado bastante verla así porque ella no es del tipo de persona que descansa, que pase acostada sino trabajando y manteniendo el hogar”, momento en que la

sujeto muestra dificultad y empieza a lagrimear, ante lo cual el practicante interviene al decir que diga, respondiendo: “ha sido muy duro verla así y me pongo mal pero no dejo que me vea”.

El practicante, ante esta frase, pregunta si la paciente la ha visto “mal” alguna vez, diciendo: “si porque una vez me tocó traerla al hospital por emergencia y me puse a llorar, no me pude controlar, entonces mi mamá al verme así también se puso a llorar y le dije no se ponga así que si usted está tranquila entonces yo también”. Se nota que la sujeto dice esto de forma tranquila, algo desapegada a como se encontraba el momento anterior al hablar de cómo ha sido para ella esta experiencia, por lo que el practicante pregunta cómo ha sido toda esta situación para ella, respondiendo, bajando la voz, “me deprimó, me pongo triste, me pongo a pensar como sería la vida sin ella, porque he sido unida a ella”, terminando la entrevista en este momento ya que la paciente se despertó y D.T. fue a atenderla.

El practicante regresó para una segunda entrevista 2 horas más tarde, aceptando la sujeto, diciendo “si claro, sigamos hablando”. El practicante le remarca el significante “unida”, el cual trajo al hablar de su relación con su madre, ante lo cual responde que sí, que vive con ella, sus 2 hijas y su abuelita de 95 años porque está divorciada y que “aun así, siempre hemos estado todas juntas desde antes”.

Se le remarca la frase que dijo, respondiendo “sí, así ha sido siempre”. Se le pregunta cómo se ha llevado con su mamá, quedándose callada un momento, respondiendo: “ahora estamos más unidas”, quedándose callada, respondiendo el practicante con el silencio, mostrando resistencia de hablar sobre esta temática, ante lo cual, después de un momento, D.T. dice: “como madre ha sido muy preocupada, trabajadora, pero no muy cariñosa, pero ahora somos más cercanas”, mostrando interés el practicante, por lo que continúa diciendo que siempre vivió en casa de ella “incluso casada vivía con ella en nuestra casa y

ahora con más razón estando divorciada, pero me gusta, ella me ayuda cuidando a mis hijas cuando estoy trabajando”. El practicante interviene diciendo “¿y su papá?”, respondiendo “ah sí, él también vive en la casa”, ríe, “cierto, él también vive ahí”; preguntando el practicante: ¿cómo se lleva con él?, diciendo que “muy bien, él es más fuerte, casi no llora, siempre le dice a mi mamá que esté tranquila”. D.T. comenta que su papá va en las noches al hospital porque tiene que regresar a su casa a cuidar de sus hijas.

El practicante le comenta que mencionó que vivió siempre con su mamá, preguntando como así, diciendo: “bueno es que para mí eso es bueno, para mantener el contacto, nunca quise irme”, quedándose callada en ese momento, mostrando nuevamente dificultad, mostrando inquietud, a lo que el practicante pregunta ¿qué piensa?, respondiendo “capaz eso influyó en mi divorcio, ya que el dicho es cuando uno se casa, casa quiere, pero yo nunca quise... tal vez soy muy consentida”.

Se le recalca esa palabra, consentida, respondiendo “sí, al permitirme mis papás quedarme siempre, eso me dijo mi ex esposo”, pausando un momento, diciendo “pero bueno, tiene su lado bueno también, porque así he estado cerca de su mamá, si hubiera vivido con mi esposo en otra casa por mi lado, no vería tanto a mi mamá y no tendría quien la cuide cuando se enfermó y así ha estado todo bien para todos, así es mejor”. En este momento el practicante cierra la entrevista, agradeciendo la familiar y saliendo de la sala un momento a caminar, diciéndole antes a la paciente que ya regresaba. Vale notar que durante la primera entrevista la paciente se tocaba la cabeza frecuentemente, pero durante la segunda ya no, además que salió de la sala al finalizar.

Análisis:

En este caso hay la particularidad mencionada en el primer capítulo de como el ambiente institucional dificulta el trabajo, ya que se interrumpió la primera

entrevista. Lo notable de este caso es el sutil efecto terapéutico que se produjo, al notar que su dolor de cabeza desapareció al término de la primera entrevista, momento en que simbolizó su malestar, pudiendo ponerle palabras a un real, mostrando dificultad para hacerlo y despliegue emocional al lagrimear, notado este efecto además al ver cómo al continuar su relato lo hizo con mayor facilidad y sin mucha angustia.

Se pueden notar algunas intervenciones que fueron importantes para el desarrollo de la entrevista, la primera fue el reconocimiento y la demanda que mostró el practicante al decir que diga en el momento en que tuvo dificultad, mostrado como opera el deseo del analista en el trabajo, al demandar que la sujeto ponga palabras a su goce, que se adentre en su inconsciente desde el lenguaje. Otra intervención fue el silencio, ya que la sujeto mostró resistencia al hablar de su relación con su madre, en particular al habersele remarcado el significante unida que refería a la relación madre-hija, permitiendo esta intervención del silencio que siga con su relato y significantización. Una de las intervenciones más particulares fue la pregunta realizada sobre su padre, a modo de interpretación, para encontrar como se manejaba el rol paterno en su entorno familiar.

Se puede hablar también de un breve momento en que se da el cuestionamiento del sujeto, al preguntarse la sujeto si su relación con su madre tuvo que ver en su divorcio, pero retornando a la resistencia y a una posición de racionalización, por lo que se decidió terminar en este momento la sesión.

Se puede hablar que, aunque no se produjo una demanda de análisis, si hubo un efecto terapéutico general, a la paciente, además de dejar de tener dolor de cabeza, dejó la sala un momento, pudiendo alejarse de un ambiente angustiante y de sufrimiento por un momento, pudiendo ser por el trabajo realizado.

4.1.3 Caso: L.G.

La entrevista se inicia al preguntar el practicante como esta, diciendo: “me duelen las piernas, vea usted, me quemé, y ya no sé si sea el cáncer o el accidente, pero siento que se me van a quedar tiesas las piernas si me quedo quieta”, notando el practicante que se mostraba intranquila la paciente, moviendo sin parar las piernas, notando que se encontraba acostada en una de las camillas especiales del área de Quimioterapia Ambulatoria. Continúa relatando al decir “me duelen todo el cuerpo, me empezó desde el cuello y fue bajando hasta la pierna mientras me fui enfermando”. Ante esto hay un silencio, sin mayor respuesta, por lo que el practicante pregunta a que se dedica, diciendo “no hago nada, ahora paso en la casa por lo que no me puedo mover mucho”.

Se le pregunta cómo se siente ante todo esto, mostrando un titubeo al decir “bueno... eh... si he estado mejorando...” habiendo un silencio, a lo que continua: “cuando me quemé tuve un dolor intenso, pero la quimioterapia ha sido difícil, pero estoy luchando por mi vida.” Se le pregunta si la visitan, diciendo que sí, una cuñada y una sobrina que es monja quien la ayuda con los gastos económicos.

La paciente cierra en este momento la entrevista diciendo: “bueno, vengase la próxima semana, que ahí voy a estar enferma por la quimioterapia, ahí venga para hablar”, aceptando el practicante.

La semana siguiente se inicia la segunda entrevista, pregunta cómo ha pasado diciendo “he estado mejor, un poco más tranquila con la pierna”, ante lo cual el practicante le dice que le cuente de ella, diciendo “bueno, tengo 3 hijos, yo trabajaba en costura por ellos desde siempre, porque mi esposo falleció cuando mi hija menor tenía 8 meses y que ahora tiene 27, imagínese hace cuanto fue, ya todos tienen sus vidas, están casados y por eso no me visitan mucho, pero

gracias a Dios todos tienen familia, como me dijeron en una reunión religiosa: cuando un hijo se casa su esposa está primero y los padres segundo, mejor que sea así, yo tengo a Dios para luchar.” Pausa en este momento el relato, interviniendo el practicante con el silencio, por lo que la paciente continúa su relato diciendo que su hija menor es la que más va a visitarla por ser recién casada y la ayuda en lo económico, pero que ella debería estar más con su esposo.

El practicante interviene a modo de interpretación diciendo “esto que usted habló de las parejas, ¿le paso a usted?, provocando dificultad en la paciente, quedándose callada un momento, respondiendo: “no fue igual, no puedo decir que yo tuve una familia completa, mi esposo murió cuando yo era muy joven, por lo que tuve que regresar con mis papás por ayuda... mi papá me ayudaba económicamente y era bueno, con mi mamá es con quien siempre tuve problemas, pero eso ya pasó, yo ya he hecho las paces con ella y estoy en paz, ella me ha venido a cuidar aunque sea viejita”.

Ante este relato el practicante le pregunta sobre su relación con su madre, ante lo cual entra en angustia, empieza a llorar, a lo cual el practicante le dice que diga, respondiendo pasando un momento: “ella ha sido de carácter fuerte, siempre peleaba con mi papá por dinero... es duro crecer en un hogar donde siempre hay peleas, mi hermana siempre se ponía del lado de mi mamá y yo de mi papá, pero ella después se dio cuenta del carácter de mi mamá”. Se le pregunta cómo es ese carácter, diciendo: “ella siempre peleaba conmigo y mi papá, siempre decía que mi papá me daba dinero a mí y no a ella...” pausa un momento, mostrando angustia en su cuerpo al empezar a mover las piernas y agarrar el cubrecama, diciendo el practicante que diga: “me sentí mal en mi infancia porque mi mamá siempre me mandaba a otra ciudad con mi abuelo para estudiar... me hacía falta una madre” mostrando dificultad al decir esta última frase.

Continua diciendo: “yo no quise tener una familia así, quería irme de mi casa, casarme y tener una familia, pero nunca me termine yendo... pero gracias a Dios mis hijos sí pudieron, todos tienen su familia construida”. Termina ella la sesión al decir, “no necesito hablar de nada más esta semana, gracias”, preguntando el practicante al terminar que como se sentía, diciendo “mejor, más tranquila”, notando que ya se movía constantemente.

Análisis:

Lo notable de este caso es que no se utilizaron muchas puntuaciones, sino más el silencio e incitar a que simbolice su angustia, malestar prevalente en ella que se presentó durante casi todo el momento de las dos entrevistas, pudiendo hablarse de un efecto terapéutico al final de la segunda, ya que se pudo notar como sus movimiento de angustia fueron reduciéndose, hasta el momento en que cierra la entrevista, en donde ella se pudo recostar tranquilamente.

Se puede teorizar que esta paciente lo que necesitaba era verbalizar su malestar, ya que sirvió de mucho que ella pudiera expresar sobre sus traumas infantiles, necesitando en ocasiones del silencio del practicante para que la resistencia no interrumpa el trabajo, notando que de igual forma, la paciente mostró gran resistencia en la primera entrevista, ya que ella misma concluyo al comenzar a hablar de su vida, pudiendo verse como se instaura la transferencia según el tiempo lógico de cada sujeto.

4.1.4 Caso: R. A.

Se comienza la entrevista al ofrecer el servicio y preguntando como está, respondiendo R.A. que está mejor, mejorando, que tiene leucemia. Se le pregunta cómo se ha sentido y dice “bien pero que mi problema es que no tengo quien me cuide”. Al preguntársele sobre esto dice que sus familiares “se ponen bravos porque tienen que ir al hospital a cuidarme y por eso a veces me ha

tocado quedarme sola, no he tenido quien me ayude ir al baño ni llamar a la enfermera...desde que enfermé ha sido un problema”, diciendo esta última frase con dificultad, interviniendo el practicante con el silencio.

Se le repite esta última frase y se le pregunta cómo son los problemas que ella dice, respondiendo “ay Dios mío... mi hija le reclama a mis otros hijos por no ir a visitarme, dice que son hombres y deben cuidar y mantenerme, que son unos vagos”, deteniéndose en este momento y diciendo la paciente que su hijo mayor recién la fue a ver y que él no puede verla mucho porque vive en Coca con su esposa, y su otro hijo que es desempleado y que “se queja por estar dos días en el hospital conmigo, mientras que yo no me puedo bañar ni dormir bien... “si este es mi problema”, terminando así la primera entrevista.

La segunda entrevista, al día siguiente, comienza al preguntarle cómo ha pasado, diciendo ella que bien, a lo que se le dice que cuente sobre ella. Comenta, que ella solo estaba en la casa, pero que trabajaba limpiando. Se le pregunta si ha tenido problemas antes de su enfermedad y dice que no, pausando un momento, dice que ella trabajaba y pasaba en su casa, pero que ahora vive con su hija desde que se enfermó, y que está bien pero que desea volver a su casa, porque “allí uno puede hacer lo que uno quiera, levantarse a la hora que uno quiere y que el esposo de mi hija se queja por los gastos de mi enfermedad... yo me siento mal, ellos ven que como ya me voy a morir y me quieren vender mi casita, le he llorado a mi hija por esto, diciéndole que no le pueden vender su casa a una viejita, que es la herencia para ellos”, pausando un momento y dice que “este es su problema” pero que ha decidido no pensar más en ello porque “puede recaer”, repitiéndole esta frase el practicante, respondiendo “si, de mi enfermedad, mejor es no pensar”.

En la tercera entrevista, se le da la intervención a modo de interpretación, ante la repetición de la frase con que inicio esta sesión: “bien, aquí con mis problemas”, diciendo el practicante “su problema, ¿sus hijos?, quedándose callada un

momento y diciendo “sí, desde que me enferme ella he tenido problemas con ellos, pero esto ya ha sido desde hace más tiempo, de cuando mi esposo me dejó botada con mis hijos y he tenido que trabajar por ellos y cuidarlos... pero ya están grandes y se cuidan solos y tienen problemas por mí...si, este es mi problema”, terminando la entrevista en ese momento ya que iba al baño.

Análisis:

En este caso se mostró dificultad para poder pasar a un relato que no fuera de la situación actual, además de difícilmente poder cambia la posición subjetiva de la posición de queja, por lo que se necesitó más tiempo y más entrevistas, para poder implantar la transferencia, notando que sirvió de mucho una interpretación realizada, al decir que su problema eran sus hijos, siendo este significativo “problema” el más prevalente, que atravesó el relato hasta llega a la separación con su esposo y cambio brevemente de discurso de una queja hacia ella, a ella quejarse por un momento de su vida, razón por la cual se decidió cortar la sesión en ese momento.

Se notó además que se produjo un efecto terapéutico, al término de la tercera entrevista, ya que la paciente en lugar de continuar con su discurso de queja, decidió ir al baño por sí sola, sin ayuda, pudiendo hacer sin ayuda.

4.1.5 Caso S.S.

Se inició esta entrevista al ser derivada la paciente por una enfermera, siendo el sector Quimioterapia Ambulatorio, al decir que “la señora quiere hablar”. Al preguntársele como está, la sujeto empieza a relatar, sin necesidad de mayor intervención del practicante diciendo: “soy nerviosa, me pongo nerviosa al venir, siento que me arde de la nariz al abdomen y otras veces hasta la punta del pie, hasta se me duerme el labio... no puedo respirar, me da un nudo en la garganta”, preguntándole el practicante que en que otras situaciones se ha

sentido así, diciendo: “siempre he sido nerviosa, cuando era niña mi mamá me daba gotas para los nervios, estaba con psicólogos, pero ya después se me pasó, pero me ha vuelto ahora último por otras cosas que han pasado además del cáncer”.

Se le pregunta cómo han sido esos nervios, diciendo: “No puedo respirar, siempre he sido así, me afectaba que mi mamá se vaya a trabajar y me dejara con mis tíos, siempre tuve problemas con ellos, porque usted sabe, cuando uno es niño pelea”, recalcándole esta frase, respondiendo: “no es que peleaba con ellos, sino que tenía muchos primos y no me aplicaba en la escuela y ellos no sabían que hacer”. Pausa un momento, ante lo cual el practicante le dice que habló de problemas anteriormente, diciendo: “tuve un problema con mi ahijado por hacerle un favor, mi hija le llevó unos remedios que tenían droga y la metieron presa”, momento en el cual empieza a llorar, interviniendo el practicante con el silencio, a lo que dice: “me siento culpable por esto, por hacer un favor a alguien que he conocido desde niño me pasa esto, por inocente me pasan esas cosas...como le pudo pasar eso a mi hija, una niña de 17 años que necesita mi cuidado...ella estaba acabando el colegio en España para que tenga más oportunidades y estaba en trámite para estudiar en la ESPOL y todo se vino abajo, todo se retrasó... debí protegerla... desde ahí he pasado nerviosa”.

El practicante se mantiene en silencio, continuando S.S. su relato diciendo: “mis hijos y mi esposo se han sorprendido de como estoy, ya que siempre he sido fuerte, trabajadora y ahora estoy tan nerviosa que no puedo hacer nada, y de paso el cáncer, todo esto me tiene así”. En este momento termina la entrevista ya que las enfermeras le iban a chequear la vía la paciente, diciéndole que se va a continuar más tarde.

En la segunda entrevista, la paciente dice “sigamos hablando”, a lo que se le dice, cuente usted lo que quiera hablar, respondiendo ella que se siente un poco mejor en relación a cuando recién inició la primera entrevista, pero que se ha

quedado pensando sobre lo que ocurrió con su hija. Se le dice si se ha sentido culpable antes, quedándose callada un momento, diciendo: “recién ahora me siento así, cuando era niña no mucho, aunque yo era mala estudiante, por lo que mis tíos pasaban preocupados, entonces mi mamá me llevó a vivir con una profesora de mi escuela porque ella trabajaba y no me podía chequear en mis estudios”.

Se le pregunta por su papá, diciendo que se separó de su mamá cuando tenía 6 años, “eso me traumó, yo me llevaba muy bien con mi papá, en el divorcio me tenían como una cosa, de un lado a otro por la custodia...hubiera estado mejor con mi papá y madrastra, ellos si se preocupaban por mí y mi educación, pero mi mamá ganó el juicio por sus contactos y ni me podía cuidar, me mandaba con mis tíos, por lo que yo hacía mucho problema, me gradué de primaria a los 15, no sirvió de nada que me llevara a vivir con esa profesora, me tenía como empleada trabajaba todo el día y en la noche estudiaba, ni dejaba que mis papás me vieran, hasta que un día mi mamá me vio tan flaca que se puso a llorar y me llevó a un internado con monjas...ahí si fui feliz, pude vivir mi infancia, las monjas me daban cariño, me hacían trabajar pero no era forzado, pude tener un hogar ahí, ahí si tuve buenas notas y me gradué”, pausa el relato y muestra dificultad, diciendo el practicante que diga, respondiendo: “ahí si tuve un hogar, mi familia no me trataba como tal, como mi mamá me cogió si no me podía cuidar, me mandó con una persona fuera de la familia... pero al menos después si tuve hogar, hasta que entré en compromiso.”

Se le pregunta que quiere decir con eso, a lo que aclara: “me casé a los 17 años, pero ya estoy separada, pero tengo una buena relación con él, somos amigos, siempre está presente para mis hijos, yo no iba a dejar que ellos vivieran lo mismo que yo, no puede sufrir lo mismo, nomás ahora que por inocente hice que mi hija sufriera”. Se le pregunta si ha sido inocente antes, diciendo: “yo siempre he pensado que la gente no le hace mal a los demás, yo pienso que mi comadre también es víctima de su hija, la tuvo que haber engañado... mi mamá me

inculcó eso, ella me decía que si alguien me cachetea que ponga la otra mejilla, que perdone siempre”.

Se le pregunta qué piensa de eso, diciendo: “está bien, eso lo tengo yo en la cabeza, pero esto último con mi ahijado si me chocó, me sentí rara, sentí”, no encontrando palabras en este momento, diciendo el practicante que diga: “sentí un vacío... como en blanco”. Terminándose la sesión en este momento.

Análisis:

En estas largas entrevistas se puede ver como la demanda depende de cada sujeto, pudiendo decirse que esta paciente ya demandaba un análisis desde un inicio, encontrándose angustiada al estar experimentando la división del sujeto producido por una escena que le llevó a cuestionar su fantasma, es decir que se produce el cuestionamiento del sujeto, diciendo claramente que sintió un vacío, teniendo dificultad en inclusive decirle, necesitando de la intervención del practicante.

Se pudo notar como efecto terapéutico que la paciente se encontraba muy inquieta al iniciar la entrevista, además que lloraba, pero al ir avanzando se fue calmando hasta el punto en que se terminó la segunda entrevista con un cuestionamiento, pudiendo ver cómo pasó rápidamente, el mismo día, de entrevistas preliminares a un trabajo subjetivo al final, comenzando a haber una rectificación subjetiva al preguntarse sobre si ese ideal materno era correcto, empezando a derrumbarse desde el momento de la escena con su hija.

El practicante intervino a modo de interpretación al retornarle los significantes culpable e inocente y al hablarle de su padre, intervenciones que removieron a la paciente hasta llevarla a escenas traumáticas primordiales de su infancia, viendo como estas intervenciones, siguiendo el marco y conceptos analíticos, sirven para avanzar un trabajo.

4.2 RESULTADOS

Los resultados a los que esta investigación, a través del análisis teórico, del marco institucional, y de los casos expuestos, son que efectivamente, los efectos terapéuticos son producidos por las diferentes intervenciones que se realizan en un trabajo subjetivo con pacientes de S.O.L.C.A., siendo imperativo el apropiado conocimiento teórico de los diferentes conceptos que se ponen en juego en cada caso, siempre siendo estos diferentes, pero que al trabajar con el marco psicoanalítico, los practicantes deben buscar producir ya sea la transferencia como el deseo del analista para que el trabajo produzca algo.

En el caso específico de los casos clínicos expuestos, se pudo constatar cómo cada uno es único, necesitando diferentes aproximaciones y técnicas cada vez, pero que siempre, toda intervención era con un propósito específico por parte del practicante, ya sea si produjo o no un resultado, pero que además todas tienen un trasfondo teórico para sustentarla. También se pudo confirmar, en los casos expuestos y otros que sucedieron durante la práctica, que los efectos terapéuticos si se producen y si tienen una gran importancia para los sujetos, no solo por el alivio que producen, sino que permiten el avance de la transferencia, del trabajo e inclusive producir demanda de análisis.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este último capítulo se buscará dar un punto final a la investigación al describir a qué conclusiones se llegaron en relación a los problemas de investigación formulados para este trabajo y los objetivos, además de dar unas cuantas recomendaciones que busquen aportar a la comunidad profesional en relación a los temas trabajados.

5.1 CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que llegó el siguiente proyecto de investigación fueron las siguientes:

1. Se pudo confirmar que el análisis, estudio e implementación de los diferentes conceptos del psicoanálisis que se ponen en juego durante un análisis o trabajo subjetivo con pacientes de S.O.L.C.A. utilizados en las diferentes intervenciones que se realizan, producen de forma más efectiva y más rápida efectos terapéuticos, sirviendo estas además para continuar un trabajo de forma más fácil y facilita que se establezca la transferencia y una posible demanda de análisis.
2. El estudio de conceptos como: la transferencia, deseo del analista, efectos terapéuticos e intervenciones desde la orientación psicoanalítica, malestar y real, tienen una importancia trascendental en el trabajo clínico con pacientes y para las prácticas pre-profesionales, ya que facilitan y habilitan a los practicantes y a los profesionales que realizan un trabajo con sujetos.
3. Se pudo explicar cómo la transferencia es esencial para el trabajo subjetivo con pacientes, ya sea del lado del analizante como del

analista, y que su apropiado conocimiento y reconocimiento durante el trabajo marcó una diferencia importante en cómo se va a desenvolver cada caso.

4. Se pudo demostrar, en el análisis de casos, como las diferentes intervenciones, basadas en conceptos y teorías psicoanalíticas, permitían un desarrollo más apropiado del trabajo con pacientes, ya que se utilizan según cada caso y en el momento lógico en que se encontraban las entrevistas.
5. Se llegó a la conclusión de que se pudo trabajar más a fondo con ciertos casos clínicos durante la práctica si se hubieran manejado de mejor forma y con mayor conocimiento teórico en relación a las intervenciones, transferencia y deseo del analista.

5.2 RECOMENDACIONES

Se pueden dar unas pocas recomendaciones obtenidas al término de esta investigación las cuales son:

- a) Una mayor investigación y posible conceptualización sobre el término “orientación psicoanalítica”, ya que muy difícilmente se pudieron encontrar textos en que se referían específicamente a ese término, por lo que se tuvo que investigar arduamente para poder obtener material para explicar y utilizar.
- b) Una investigación más a fondo por parte de los próximos practicantes y colegas sobre cómo se producen efectos terapéuticos en los pacientes hospitalarios ante el trabajo psicoanalítico, ya que este trabajo se enfocó

específicamente sobre los pacientes en S.O.L.C.A., llegando a la conclusión que esta temática se puede trabajar en un mayor espectro.

- c) Se recomienda que los conceptos de: demanda de análisis, deseo del analista y transferencia; aterrizados a los lugares donde se van a realizar las prácticas, se les dé prioridad al realizarse las supervisiones, y en las clases previas a las practicas pre-profesionales, ya que esta investigación buscó aclarar que estas operaciones y conceptos son de importancia trascendental en todo trabajo con sujetos, y notándose que no se les dio la importancia necesaria, tanto por el ámbito académico como practico-técnico; pudiendo afectar al trabajo de los practicantes, por lo que sería necesario realizar un esfuerzo mayor de dar a conocer a los futuros profesionales de la trascendencia de estos conceptos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bachmann, R. (2009). *Consideraciones sobre los efectos terapéuticos en S. Freud y J. Lacan*. Buenos Aires; inédito
- Belaga, G. (2003). *El psicoanalista aplicado en el hospital*. En Laurent, E., (et. al.) (2003) *Los usos del psicoanálisis Primer Encuentro Americano del Campo Freudiano*. Buenos Aires: PAIDOS.
- Bernal, A. (2006) *Metodología de la Investigación*. México: Pearson Educación
- D'Angelo, L. (2005) *Terapias breves versus efectos terapéuticos rápidos*. En Miller, J.L.; D'Angelo, L.; Fuentes, A.; Garrido, C.; Goya, A.; Rueda, F.; Vicens, A. (2005). *Efectos Terapéuticos Rápidos*. (pp. 34-41) Buenos Aires: Paidós
- Dicker, S. (2011). *El deseo del analista*. Virtualia. Recuperado de: <http://virtualia.eol.org.ar/022/Lecturas/pdf/El-Deseo-del-analista.pdf>
- Errecondo, M. (s.f.) *La clínica psicoanalítica en el hospital*. Buenos Aires: inédito
- Fernández, F. (2002). *El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación*. Red Revista de Ciencias Sociales.
- Freud, S. (1980), *Análisis terminable e interminable* (1937), p. 240. En Freud, S. (1980), *Moisés y la religión monoteísta, Esquema del psicoanálisis, y otras obras (1937-1939)*. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu
- Freud, S (1981) *La etiología de la histeria (1896)*, En Freud, S. (1981) *Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899)*. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu

- Freud, S. (1980). *Sobre la dinámica de la transferencia (1912)*.
 En Freud, S. (1980). *Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras obras (1911-1913)*, «*Sobre un caso de paranoia descrito auto-biográficamente (Caso Schreber)*». Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1980) *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III) (1915 -1914)*.
 En Freud, S. (1980). *Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras obras (1911-1913)*, «*Sobre un caso de paranoia descrito auto-biográficamente (Caso Schreber)*». Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1978) *Fragmento de análisis de un caso de histeria (1905 [1901])*.
 En Freud, S. (1978). *Tres ensayos de teoría sexual, y otras obras (1901-1905)*, «*Fragmento de análisis de un caso de histeria*» (Caso «Dora»). Buenos Aires/Madrid: Amorrortu.
- Gallo, H. (1997) *Psicoterapia y orientación psicoanalítica*. En *El hilo de Ariadna*, n. 9, (1997), (pp. 35-41): Impreso General Español
- Giraldo, J. (2012) *Obras Completas tomo 1: metodología y técnica de la investigación jurídica*. Universidad de Ibagué
- Guerrero, N. (2012) *Clase de Psicoterapia 2*. Guayaquil, Ecuador: Inédito
- Hernández, E. & Robles, A. (2013) *Fundamentos Teórico-Técnicos de un Dispositivo de Atención de Psicoanálisis Aplicado a la Terapéutica en SOLCA*. Guayaquil, Ecuador: UCSG.
- Lacan, J. (1967) *Proposición del 9 de Octubre de 1967 sobre el Psicoanálisis de Escuela*. EOL. Recuperado de:
http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=el_pase&SubSec=articulos&File=articulos/lacan_proposicion.html

- Lacan, J. (2003) *Intervención sobre la transferencia*. En Lacan J. (2003). *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2003) *El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada*. En Lacan J. (2003). *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2003) “*La dirección de la cura y los principios de su poder*” (1958) En Lacan J. (2003). *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2003) “*Variantes de la cura-tipo*” (1955) En Lacan J. (2003). *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2006) *Seminario 10: La angustia*. Buenos Aires.: PAIDOS.
- Lacan, J. (2011). *Seminario 8: La Transferencia*. Buenos Aires: PAIDOS.
- Lacan, J. (2011). *Seminario 9: La identificación*. Buenos Aires: PAIDOS.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: PAIDOS.
- Laurent, E. (2003). *Dos aspectos de la torsión entre síntoma e institución*. En Laurent, E., (et. al.) (2003) *Los usos del psicoanálisis Primer Encuentro Americano del Campo Freudiano*. Buenos Aires: PAIDOS.
- Laurent, E. (2005). *Lost in Cognition El Lugar de la perdida en la cognición*. Colección Diva.

Laurent, E. (2006). *Principios rectores del acto analítico*. AMP Blog. Recuperado de: <http://ampblog2006.blogspot.com/2006/09/principios-rectores-del-acto-analitico.html>

Matet, J. (2013) *Clínico (el caso)*. En Miller, J.A. et al. (2013) *Scilicet - Un real para el siglo XXI Volumen del IX Congreso de la Asociación Mundial de Psicoanálisis*. Grama.

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

Miller, J.A. (2002) *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica Los cursos psicoanalíticos de Jacques Alain Miller*. Buenos Aires. PAIDÓS.

Miller, J.A. (2006) *La era del hombre sin atributos*. Virtualia. Recuperado de: <http://virtualia.eol.org.ar/015/default.asp?destacados/miller.html>

Miller, J.A. (2008) *El partenaire-síntoma. Los cursos psicoanalíticos de Jacques Alain Miller*. Buenos Aires: Paidós.

Miller, J.A. (2011) *Conclusión de PIPOL V*. Medellín, Colombia. NEL Medellín. Recuperado de: <http://nel-medellin.org/blog/conclusion-de-pipol-v-jacques-alain-miller/>

Sampieri, R.; Fernández-Collado, C.; Lucio, P. (2006) *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw Hill

Sanjuan, L. (2011) *Procedimiento y proceso del método clínico*. México D.F.: U.N.A.M. Recuperado de: <http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Materiales%20de%20apoyo/Procedimiento%20y%20Proceso%20del%20M+%20A%20todo%20Cl>

[+%C2%A1nico%20-%20Lidia%20D+%C2%A1az%20Sanju+%C3%ADn%20-%20TAD%20-%203-%C2%A6%20Sem.pdf](#)

Servicio de Psicología. (s.f.) Recuperado de:
http://www.institutodelcancer.med.ec/index_archivos/psicologia.htm

Schkolnik, F. (2007) *El trabajo de simbolización. Un puente entre la práctica psicoanalítica y la metapsicología.* Montevideo: Revista Uruguaya de Psicoanálisis

Solano, E.; Palomera, V.; Grasser, Y. (2002) *¿Cómo cura el psicoanálisis?* Bogotá: Serie Bitácora

S.O.L.C.A. (s.f.) *Sociedad Unida contra el Cáncer.* Recuperado de:
<http://www.solca.med.ec/>

Zorilla, S.; Torres, M.; Cervo, A.; Bervian, P. (2000) *Metodología de la Investigación.* México D.F.: McGraw Hill