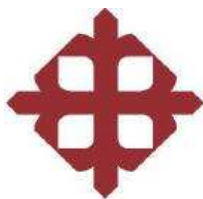


UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA: INTERVENCIÓN CON LA ESPOSA DE UN PACIENTE
HOSPITALIZADO PARA QUE VERBALICE EN TORNO A SU
ANGUSTIA Y DEPRESIÓN.**

KARLA MALDONADO BRIONES

DIRECTOR:

PSIC. ANTONIO AGUIRRE

2012

INTRODUCCIÓN	1
1.-ROL DEL PSICOLOGO CLINICO EN EL MEDIO HOSPITALARIO	3
-Las Instituciones Hospitalarias.....	3
-Rol del Psicólogo.....	5
-Importancia del lenguaje en psicoanálisis.....	11
2.-DISCURSO MÉDICO Y DISCURSO PSICOLÓGICO	13
3.-ABORDAJE DEL SÍNTOMA	17
-Definición del síntoma.....	17
-Abordaje del síntoma.....	20
4.-CARGAS LIBIDINALES	26
-Definición de libido.....	26
-La angustia.....	27
5.-PULSIÓN DE MUERTE	29
-Definición de pulsión.....	29
-Pulsión de vida y pulsión de muerte.....	31
6.-CASUÍSTICA	34
-Comentario.....	36
CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFIA	40

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo es realizar una teorización sobre la práctica realizada en dicha institución de SOLCA.

Al dar inicio a una práctica dentro de esta institución deberíamos cuestionarnos inicialmente las posibilidades del mismo si es factible o no. Un trabajo a partir de nuestra formación como psicólogos clínicos con orientación psicoanalítica.

Durante el periodo de prácticas se cumplió una labor de atención en dos áreas. La primera área es Hospitalización que es un lugar donde los pacientes permanecen internos por un determinado tiempo o mejor dicho la duración del tratamiento de quimioterapia. La segunda área es de Cirugía donde la estancia del paciente es corta.

Coexistir en un ámbito hospitalario es estar sometido a los preceptos de un hospital. Es estar rodeado de un saber médico que cada vez está inmerso con la tecnología. Ya que encontramos a los médicos digitando en computadoras los cuadros clínicos del paciente. Operando como un saber fundado en la ciencia.

El malestar, el sufrimiento subjetivo es tomado por el saber médico como un dato estadístico, objeto de la ciencia. El sujeto queda excluido por este saber médico.

De lo que se trata es de sostener un lugar analítico dentro de las condiciones y circunstancias que fueron permitidas dentro del espacio institucional.

También es importante tener en cuenta la importancia del lenguaje en la práctica hospitalaria ya que es el único medio que tenemos para el trabajo analítico.

CAPITULO 1

ROL DEL PSICOLOGO CLINICO EN EL MEDIO HOSPITALARIO.

LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS:

Para explicar que es una institución hospitalaria es necesario remitirse al término de institución. En un diccionario común es un conjunto de normas dentro de una estructura dinámica que tiene fines como la regulación y mantenimiento de relaciones intersubjetivas para la satisfacción de las necesidades de los miembros.

Los hospitales son complejas instituciones ordenadas para determinados fines y objetivos. Se encuentran dedicados explícitamente a la atención y cuidados asistenciales. Son delegaciones organizadas del orden social en las que se depositan las posibilidades curativas que la sociedad les fija como propósitos. Se encontró entonces que el lugar de las prácticas realizadas (SOLCA) es una institución de derecho privado con finalidad de servicio público creada con el propósito de efectuar la campaña Nacional contra el cáncer.

Es muy común que en las instituciones hospitalarias se burocratiza el trato. Se estereotipa la atención mecanizándola en normas tanto para los pacientes como para los equipos de salud.

La población asistida tiene que someterse a un cuidado rutinario y masificador pasando a ser un dato estadístico de un trabajo científico. Se le da prioridad a la enfermedad y no al enfermo. Él especialista reconoce solo aquella área delimitada para su propia formación y desplaza todo

aquellos elementos que insinúan una comprensión totalizadora del paciente y sus necesidades.

Durante la hospitalización se establecen lazos con los médicos, enfermeras y la institución. Estas relaciones reactivan en el paciente vínculos establecidos con sus padres y demás figuras importantes. Es por ello cada paciente vivenciarà el fenómeno de la hospitalización de acuerdo como se ha relacionado previamente.

Es necesario hacer un análisis funcional de las instituciones a las que el psicólogo clínico ingresa para obtener en primera instancia los objetivos que persiguen tal institución. Es necesario determinar en qué medida esta responde a estos objetivos y los obstáculos que se oponen a su realización. Más aún cuando nuestra formación es de psicólogos clínicos con tendencia psicoanalítica.

El ser humano está inmerso en las instituciones desde su nacimiento. La familia, la escuela, el trabajo, entre otras forman parte de la organización del sujeto. El cual encuentra en las mismas un soporte, un apoyo de seguridad. Las instituciones se haya regulada no solo por leyes objetivas de su realidad social sino por lo que los sujetos proyectan en ella. Sujetos que poseen una estructura inconsciente que va a afectar las interrelaciones que ocurren dentro de la institución.

Muchas veces la asistencia médica ignora que alguna afección orgánica afecta no solo al cuerpo sino también a otras áreas desarticulando al paciente que la sufre de su cadena significativa.

También suele ocurrir que existe dentro de una institución la presencia de profesionales que responden a formaciones científicas, marco referencial y técnicas muy específicas que dificulta un trabajo en equipo.

La institución al no estar en capacidad de satisfacer en la mayoría de las ocasiones las necesidades de los enfermos provoca en ellos una actitud de insatisfacción y explícitas quejas continuas por el trato ofrecido. El diálogo entre el médico y el paciente es estereotipado ya que el médico se limita a pedirle al paciente sus síntomas y a transmitirle cierto tipo de información con respecto a su enfermedad y tratamiento.

Rol del psicólogo

Para Pichón Riviere, rol "es un modelo organizado de conducta relativo a una cierta posición del individuo. Es una red de interacciones ligado a expectativas propias y de los otros". Entonces se denominaría al rol como el desempeño de una persona en una situación dada por un Otro. Es la manera en que una persona demuestra lo que se espera de su posición en un lugar determinado.

También es importante hacer la diferencia entre psicología y psicoanálisis ya que nuestra formación es basada en la teoría del psicoanálisis.

Es muy difícil precisar el concepto de psicología pero se tratará de abarcar un poco este tema. Jose Bleger en el texto de "Psicología de la conducta" indica que la psicología estudia los seres humanos. Pero indudablemente con esto no queda configurado ni delimitado con exactitud su campo de operación porque otras ciencias se ocupan del

hombre y lo enfocan como objeto de estudio (antropología, filosofía, etc.) De acuerdo con esto la psicología tiene un objeto de estudio en común con muchas otras disciplinas. Agrega Bleger que la Psicología debe estudiar la conducta de los seres humanos reales y concretos; siendo ésta el conjunto de operaciones (fisiológicas, motrices, verbales y mentales), por los cuales un organismo en situación, reduce las tensiones que lo motivan y realiza sus posibilidades.

En cambio el psicoanálisis es la disciplina fundada por el médico y neurólogo Sigmund Freud. Es una disciplina que posee un método propio de exploración de los procesos psíquicos inconscientes humanos a través del análisis de sus producciones imaginarias (sueños, fantasías).

Las teorías psicológicas y psicopatológicas que el psicoanálisis propone, son el resultado de la aplicación de este método de investigación y su dimensión psicoterapéutica (la cura psicoanalítica). Consiste en una técnica de tratamiento basada en la asociación libre y en la interpretación controlada de la resistencia de la transferencia y del deseo.

El psicoanálisis en el medio hospitalario puede llegar a encontrar algunos obstáculos para su trabajo. La premisa de la institución es el sujeto universal a la cual se le debe proporcionar bienestar en corto tiempo. Es ahí donde se implica el primer obstáculo que es factores tiempo frente a demandas y pedidos que requieren y exigen soluciones inmediatas de parte de la institución, médicos, etc.

La ideología con la que operan las Instituciones Hospitalarias es abarcativa “mayor cantidad de paciente en el menor tiempo posible”. Bajo

esta visión se han acomodado los diversos discursos presentes en el Hospital. Esto nos lleva a atender diversos tipos de pedido que provienen de los médicos, enfermeras, trabajadoras social, familiar esperando una cura “mágica”.

Otra determinante en el trabajo hospitalario es el espacio físico otorgado a los psicólogos o psicoanalistas teniendo el psicólogo que buscar la manera adecuada las demandas presentes. Muchas veces se acude a las camas de los pacientes, no sólo por el espacio físico inexistente sino por las limitaciones suscitadas por la enfermedad que lo aqueja.

Otro de los obstáculos como lo indica Freud en la “Iniciación del tratamiento” es tema referente al dinero. Es muy importante para el psicoanálisis y cuando se trata de instituciones es ésta la que paga al analista. El paciente es el que otorga el pago a la institución en estos casos el dinero adquiere otro significado.

En este contexto de normas en los cuales los obstáculos que se han mencionado deben ser afrontados para poner en marcha el dispositivo analítico. La dirección de la cura, la forma de conducirla es lo que marca la diferencia y lo primordial.

Los relatos de los casos muestran, demuestran y ponen en evidencia que efectos psicoanalíticos propiamente dichos se producen en el marco institucional. Hay un lugar analítico posible en las Instituciones, digamos en los términos de J. Miller un Lugar Alfa. Él en la revista psicoanalítica “Hacia Pipol 4” indica que no es un lugar de escucha sino un lugar de

respuesta donde el parloteo toma forma de pregunta y la pregunta misma gira hacia la respuesta.

Para cumplir el rol en el medio hospitalario se necesitan dos participantes: un analista y un analizante. El analista escucha al analizante con una atención flotante es decir sin privilegiar ningún elemento de su discurso. El analizante se dirige hacia el analista hablando de su síntoma. Según Lacan algo que no marcha, un enigma para el analizante. El analista puntúa los dichos del analizante y le permite componer el tejido de su inconsciente. Se trata de recuperar junto a ese interlocutor algo perdido.

Los efectos psicoanalíticos no dependen del encuadre sino del discurso. Es decir de la instalación de coordenadas simbólicas por parte de alguien que es analista. La cualidad de analista no depende de la colocación de la consulta ni de la naturaleza de la clientela sino más bien de la experiencia en la que él se ha comprometido.

Si el paciente sufre por lo que le pasa, está en una buena posición para solicitar ayuda del analista es decir hay una demanda por parte del analizante. La demanda en las instituciones sea una demanda directa del paciente, familiar o médico es a través de ella donde se encuentra el medio de la práctica. El arte del analista consistirá en intentar transformar el padecimiento del sujeto en una demanda de análisis logrando de este modo reinstalar al sujeto en la cadena significativa en la cual ha habido una ruptura momentánea producto de la crisis por la que atraviesa. La demanda psicológica determinará la entrada en análisis gracias a la instalación de la transferencia.

S. Freud, fue quien primero conceptualizó la transferencia como el vínculo que caracteriza la relación analítica particular entre dos personas donde el analizante transfiere al analista fenómenos psicológicos vividos en el pasado. Mediante este lazo de la transferencia el emisor recibe del receptor su propio mensaje bajo una forma invertida. Respuesta que sea un sentido para el otro sostenido a través de la transferencia.

La transferencia es definida como un hecho afectivamente positivo o negativo hallado dentro del proceso terapéutico. Es una posición adoptada por el analizante con respecto al analista. Freud resalta este fenómeno como factor imprescindible para el abordaje de síntomas en el proceso de cura del método analítico.

Freud en su artículo "El amor de transferencia" de 1915 describe tres posibles resultados para este acontecer. "Una unión legítima y duradera" entre analista y analizante, un abandono del tratamiento o una "relación amorosa ilegítima". Otra posibilidad que anuncia es que el analista pueda comprender que no es su persona sino la relación analítica la desencadenante de ese amor que debe ser analizada e interpretada.

Wilhelm Eickhoff en su trabajo "Observaciones sobre el amor de transferencia" indica que "El analista tiene el deber de no corresponder al amor que se le ofrece por motivo de técnica analítica –a saber- .comprender e interpretar la transferencia como algo virtual"

Según Lacan "La transferencia se instala en función de sujeto supuesto saber, exactamente de la misma forma que fue siempre inherente a toda interrogación sobre el saber". El analizante con su correlato implica la

ilusión imaginaria de suponer que el saber inconsciente esta departe del analista.

La función de sujeto supuesto saber que asume el analista en una cura se relaciona con la constitución subjetiva del neurótico. Es una cuestión de estructura que se podría traducir en que el analista supuestamente sabe lo que le pasa al analizante.

En general se recomienda empezar el tratamiento dejando que el paciente hable de lo que él desea sin entrar a determinar su elección del punto de partida. Teniendo en cuenta la particularidad del sujeto que se dirige a él. El sujeto comienza hablando desde la periferia de su discurso en dirección al núcleo de su síntoma. Esto es lo que S. Freud en su artículo "Iniciación del tratamiento" denominó asociación libre como la regla fundamental del psicoanálisis. Es una técnica en la que consiste que el analizado exprese durante la sesión todas sus ocurrencias, ideas, imágenes, emociones, etc. sin ningún tipo de restricción.

El analista debe evitar toda influencia consciente sobre su facultad retentiva. Se debe escuchar al sujeto sin preocuparse de si retiene o no sus palabras. Una escucha atenta a las frases o palabras que el paciente repite. Cada uno de los detalles de la historia habrá luego de ser relatado nuevamente, solamente en esas repeticiones surgirán los elementos que permiten al paciente establecer relaciones importantes cuya existencia ignora. No se debe olvidar que en la mayoría de los análisis oímos del enfermo cosas cuya significación sólo a posteriori descubrimos. El enfermo sufre a consecuencia de un desconocimiento y una

incomprensión de sus procesos inconsciente. Se debe desvanecer cuanto ante su ignorancia comunicándole en el acto nuestro descubrimiento.

El paciente cuenta lo que cree saber de su historia pero al acercarse al núcleo comienza a encontrarse con capas de resistencia cada vez mayores. Le es difícil hablar de esas cosas y poco a poco la resistencia aumenta. El paciente se vuelve más breve se acerca a un indecible que es de carácter traumático en el aparato psíquico. Sigmund Freud indica que la fuerza de resistencia es inversamente proporcional a la distancia en que se encuentra el núcleo patológico.

La resistencia es aquello que está en el límite del discurso de lo simbólico. La resistencia está permanentemente agujereando lo simbólico. Es por ello que el analista pide al analizante que trate de decir o nombrar lo que le esta pasando.

Entonces se podría afirmar que si está en juego estas dos dimensiones: síntoma y transferencia están dadas las condiciones para sancionar una entrada en análisis.

IMPORTANCIA DEL LENGUAJE EN PSICOANALISIS

Para Lacan en cuanto el desarrollo de la práctica psicoanalítica el lenguaje tiene un papel fundamental. Se puede puntualizar tres cuestiones en relación al lenguaje: primero, cualquier comunicación del ser humano esta inscrita en una estructura lingüística, incluso el lenguaje corporal. Segundo, el "objetivo" del psicoanálisis es articular el deseo en palabras. La palabra es el único medio para hacer aparecer la verdad. Y tercero, la palabra es la única herramienta con la que cuenta el analista.

Ya desde los orígenes del psicoanálisis, Freud da cuenta de la importancia del lenguaje para los fines del tratamiento analítico desde la perspectiva de la “eliminación” de los síntomas.

Desde Freud la palabra no sólo ha sido el elemento que permite evidenciar los conflictos del sujeto, sus pulsiones y su material reprimido. Permite establecer una dirección de la cura dando lugar a la experiencia analítica y la ética que la rige a partir de lo que llamo asociación libre. Es por lo tanto el elemento representativo de la técnica del psicoanálisis.

La palabra como lenguaje no es solo un elemento del psicoanálisis sino es aquella que se evidencia algo de mayor transcendencia en el sujeto. Se trata de algo que incurre fuera del alcance de la consciencia. El inconsciente es el que está estructurado por el lenguaje.

CAPITULO 2

DISCURSO MÉDICO Y DISCURSO PSICOLÓGICO

Los síntomas en medicina son un conjunto de signos que agrupan en un cuadro nosológico preparado ante mano que les permiten clasificar para inferir una patología orgánica. La causa no depende de la historia de los pacientes sino de la disfuncionalidad orgánica que hay en ellos. Por ejemplo en la psiquiatría se rigen por el manual de trastornos DSM-IV. Es por ello que en la medicina todos los sujetos son iguales ante estos mismos signos. Allí no interesa lo que el paciente pueda llegar a decir. El sujeto es reducido simplemente a un objeto de la ciencia. El saber está del lado del médico y el sujeto del lado excluido.

Este saber que está del lado del médico es un saber como consecuencia de un conocimiento teórico/práctico. Es un saber a priori de la clasificación sintomática operando dentro de un discurso que tiene sus propias leyes.

El paciente en la medicina sería un indicador de signos y síntomas. Alguien que no demanda ya que esta demanda que responde el médico está sostenida por el ideal de curar por su discurso imperativo o clasificadorio. Esta emergencia es atendida rápidamente y el médico calcula con eficacia y precisión la gravedad de los trastornos que están ocasionando el problema. Es así que el médico atiende la necesidad del sujeto.

Esta necesidad se cumple, se atiende, se elimina, en otras palabras se satisface. La crisis orgánica es atendida en el menor tiempo posible

rescatando así la vida del paciente que la padece. La necesidad de este sujeto está ligada a algo más. Está articulada a la demanda que es siempre dirigida a Otro. Es por ello que se plantea la diferencia entre el sujeto que se encuentra en emergencia y el que se encuentra en emergencia subjetiva. En el primer caso el paciente es atendido en el hospital focalizando el trabajo en una parte específica del cuerpo. Este paciente puede dar cuenta de lo que le sucede, cómo le pasó, dónde le duele, etc. en estos casos va ligado con la parte consciente del paciente.

La urgencia subjetiva es distinta aquí se nos presenta a un ser que sufre que no encuentra la manera de expresar lo que siente. Es por ello que hablar de sí se vuelve imposible, no sabe como dar cuenta de lo que le está pasando su "yo". Su parte consciente se ve inválido, lo inhibe, lo inhabilita. Hay algo que no marcha, algo de su decir no se articula. Su yo desconoce de donde vino la crisis, ya no puede dar cuenta de sí mismo.

La urgencia del sujeto nos enfrenta con el sufrimiento y el dolor de un ser en el cual algo ha quedado fijo y es imposible de soportar. Se ha producido un corte en el cual algo del fantasma ha fallado dejando al sujeto frente a un real.

La angustia es uno de los conceptos fundamentales para entender el tema que nos ocupa. La urgencia con el encuentro con lo real. Françoise Leguil indica que "Un neurótico que se confronta al deseo del Otro lo agita, esa es la urgencia". Es entonces el momento único donde se puede aislar en el paciente este instante en el cual se queda sin palabras, enfrentando a la posibilidad del acting out o con el riesgo del pasaje al

acto. El acting out es algo que se muestra en la conducta hacia el Otro. Tiene un acento demostrativo que llama a la interpretación. Es un elemento simbólico que es rechazado del nivel del lenguaje y que aparece transitoriamente en lo real, bajo la forma de un comportamiento inquietante. Es efecto de la angustia que del otro lado del lenguaje impone la motricidad.

Se trata de devolver ese S1 a la cadena y el fantasma vuelva a aparecer y estabilice al sujeto. Es posible desde una posición en el cual el sujeto no sea sesgado en que se calle. En el cual su queja que va dirigido a otro se transforme en síntoma.

Lo que importa entonces es lo que diga el sujeto para que pueda restituirse a la cadena significativa de la cual se ha desconectado. Este proceso no tiene un tiempo determinado ya que lo que importa es buscar el origen de la ruptura. Es el tiempo del sujeto y no del reloj. En el marco psicoanalítico no se aborda jamás bajo el ángulo de la rapidez ya que nos introduciremos en lo que se precipita la dimensión del tiempo que se debe tomar.

Se emplea todo el tiempo necesario para que surja el sujeto. No se interesa mostrar eficacia en el menor tiempo posible. Nuestra apuesta será brindar nuestra presencia para restituir al sujeto. El tiempo ofrecido por el analista es sustentado por su escucha.

Lacan dirá que es el paciente quien hace el trabajo analítico. El analista en cierto modo lo que hace es ponerlo a trabajar. El analista debe tomar un papel activo porque el inconsciente no se completa porque no se

queda inmóvil suficiente tiempo para que uno lo pueda completar, se mueve constantemente como el deseo.

La preocupación por la acción y el cómo de la acción analítica devela algo de la acción humana. Esta acción humana se estructura en lo que Lacan llama “El tiempo lógico” en su texto de “La dirección de la cura”. Ese análisis del tiempo lógico quiere dar cuenta de que se debe actuar sin saber la verdad para poder descubrirla.

En el medio hospitalario ante la enfermedad del cáncer cada sujeto manifiesta su síntoma particular. Logrará crear una forma de respuesta ante la angustia del vacío. Por ello el único método que se puede utilizar para aflojar la fijación del síntoma será a través de la palabra. Se le permite al paciente hablar de sí mismo, dar cuenta qué es lo que le sucede y cómo está implicado en su sufrimiento. Además se trata de dar una respuesta al paciente que no sea del saber ni del orden. Se le contesta desde donde se traba, tropieza su discurso.

CAPITULO 3

ABORDAJE DEL SÍNTOMA

DEFINICIÓN DEL SÍNTOMA

La psiquiatría hace muy poco caso de la forma de manifestación y del contenido del síntoma individual. El psicoanálisis arranca justamente de ahí y ha sido el primero en comprobar que el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivir del enfermo.

El síntoma representa lo que no se dice, es el lenguaje del cuerpo que hay que saber escuchar.

Según Freud, en su texto “inhibición, síntoma y angustia” indica que un síntoma sería la sustitución de la expectativa de la satisfacción de un impulso instintivo. Es el resultado de la represión del yo, muchas veces obligado por el Superyo.

El yo quita la carga instintiva de la representación que reprime y hace que la idea de este impulso quede en el inconsciente.

El síntoma aparece cuando al impulso instintivo lo bloquea la represión. Sin embargo, a pesar de la represión, este impulso puede encontrar un sustitutivo que no proporciona ningún placer y adquiere un carácter compulsivo.

Este proceso sustitutivo, puede ver obstaculizada su descarga por medio de la acción y entonces es obligada a agotarse produciendo alteraciones en el cuerpo.

Tomando otra cita del seminario 1 de Lacan: "El síntoma se presenta en primer lugar como un trazo borrado, es aproximándose a él como se verá el sentido". Es decir, que ubicando el síntoma como el sentido de un trazo borrado puede encontrarse su ubicación entre lo simbólico y lo real. Aquí encontramos el sin sentido profundo de todo síntoma. Por el contrario, podemos ubicar la significación, como sentido comprensible, entre lo imaginario y lo simbólico. Es un sentido histórico que se resuelve por el síntoma al ser situado a nivel de la palabra. Palabra que es leída en el campo del lenguaje, donde es posible su resolución. El síntoma es una palabra que debe ser liberada.

El síntoma aparece en la palabra, o mejor aun, es la palabra que viene del Otro y va hacia el Otro, donde obtendrá su sentido. Recordemos que el sentido del síntoma ha sido reprimido. En el seminario de Barcelona sobre "Die Wege der Symptombildung", J. A. Miller lo dice de esta manera: "En el texto inaugural de Lacan el síntoma aparece como un sentido reprimido. Por supuesto que hay que tomar en cuenta el significante de ese sentido reprimido, de tal manera que el síntoma aparece como un enigma. Se manifiesta soportado por un significante de un significado que está reprimido, es decir, que no ha sido comunicado o aceptado por el Otro".

La represión originaria funda el inconsciente. Ésta constituye un momento mítico en donde lo que se reprime nunca pasó por la consciencia y es a partir de aquí que el sujeto se hace sujeto. Sujeto del inconsciente dejando en claro que lo que se reprime es el significante y es éste el principal organizador de la configuración psíquica.

En la represión el significante es separado de la cadena significativa el cual es sustituido por otra cosa y es entonces que podría decirse que la represión tiene una estructura de engaño. Por otro lado también cabe la afirmación de que la represión y el retorno de lo reprimido son lo mismo, ya que forzosamente el contenido reprimido pugnará por regresar a la consciencia bajo cualquiera de las muchas formaciones del inconsciente.

Volviendo a Freud tomando el síntoma como formación del inconsciente al igual que el sueño tiene su propósito que es el cumplir el deseo. En el síntoma encontramos dos caras: Una cara descifrable y una real.

La cara descifrable es aquello que al igual que el sueño entra en la combinatoria significativa por lo tanto va a aparecer funcionando de acuerdo a los mecanismos de condensación y desplazamiento. Por lo cual el síntoma es una transacción.

Pero cuando Freud infiere que la curación de un síntoma no significa su eliminación pues a medida que se agota la intensidad de uno reaparece esa intensidad en otro. Es decir que hay un resto que se agota y que da lugar a nuevos síntomas. Esto tiene que ver con la cara real del síntoma en relación a aquello de la pulsión que no es enlazada por el significante.

En psicoanálisis el síntoma es particular de cada sujeto. Los síntomas son modos de gozar de cada uno. Por ello todo intento clasificatorio se vuelve insuficiente. El síntoma ya no es signo de una disfunción orgánica, sino que se trata de una manifestación de lo reprimido particular de cada sujeto.

El síntoma, la queja que no marcha, es el modo que pre-anuncia una posible entrada a un trabajo. Dejando que el saber esté del lado del paciente. Desde esta perspectiva el saber del síntoma lo trae el sujeto. Lo trae para que lo escuche y poder decir su deseo sin tener que escuchar una respuesta científica.

ABORDAJE DEL SÌNTOMA

No olvidando que el síntoma que tomamos en cuenta no es el mismo que para la psiquiatría. Es un síntoma hablante que se encuentra en espera para ser descifrado. Se requiere de una atención particular de caso por caso. En el cual se le da un lugar al sujeto que se encuentra limitado y cortado por el gran sistema hospitalario donde no sólo es un número de cama sino que es reducido también a un órgano. La propuesta implica una escucha orientada a un sujeto que sufre y que es tomado en cuenta en su calidad de único y diferente a los demás.

En una urgencia el sujeto se encuentra en calidad de objeto. No puede representarse ya que esta ruptura ha desarticulado al sujeto de la cadena del significante. Algo ocurre en el nivel de la cadena significante S1-S2. Eric Laurent dice cuando el significante se desarticula el sujeto ya no puede representarse. El efecto es de "mortificación" cuando el significante no se articula. Se trata de entonces del borramiento del sujeto en vez de su representación. El sujeto se confunde con el significante que lo constituye de tal modo que no opera la retroacción que posibilita encontrar su lugar.

Ricardo Nacht sitúa a las urgencias como algo que no anda y por no andar señala algo que no se mueve. No que no anda es el sujeto. Está capturado por un goce inamovible. Se puede situar a las urgencias como una crisis que hay que afrontar y soportar. Algo que le ha pasado al fantasma dejando al sujeto desnudo en su real. Está en posición de objeto y en angustia donde toda respuesta es posible. Para Lacan, en "La dirección de la cura y los principios de su poder" "el fantasma, en su uso fundamental, es aquello por lo cual el sujeto se sostiene a nivel de su deseo evanescente, evanescente en la medida en que la satisfacción misma de la demanda le hurta su objeto"

Esto es posible porque el deseo al no ser reconocido en la palabra representa el retorno de lo reprimido que insiste en ser reconocido. Y aparece justamente entre la necesidad y la demanda surgiendo en este intervalo como lo que pide ser escuchado y al no serlo, repite. Repetición inconsciente que se encuentra estructurado como lenguaje. El deseo constituye aquí lo irreductible a cualquier demanda de aquí su condición de estar siempre en movimiento.

El deseo entonces introduce la falta, todo aquello que le falta para ser feliz. El analista apuesta a este deseo y lo hace hablar poniendo en circulación, en movimiento el deseo.

Existe un significante de carencia que marca la distancia que hay entre demanda del sujeto y su deseo es el falo. Marca la castración que hace del ser humano un sujeto deseante y lo mantiene siempre como \$ ya que el deseo no tiene un objeto de satisfacción completa. El falo significa

entonces la cópula imposible con el objeto deseado constituyéndose en un acceso que nunca podrá lograrse.

El deseo en el sentido de Freud es un deseo inconsciente. Es siempre singular de un sujeto y no propio de la especie. A diferencia de la necesidad no camina en el sentido de la supervivencia y la adaptación. Es un deseo que por el contrario daña. Es al mismo tiempo un deseo indestructible. Un deseo que no se puede olvidar porque es esencialmente insatisfecho. A diferencia de la necesidad, no es una función vital que pueda satisfacerse, pues en su surgimiento mismo está coordinado con la función de la pérdida.

El deseo cumple en la neurosis una función importantísima que es actuar como defensa de esa castración. El sujeto trata de suprimir esa abolición y evitar que funda su deseo y lo va hacer depender del gran Otro. El fantasma da consistencia a los objetos privilegiados del deseo funcionando como soporte imaginario.

El deseo es antagónico al goce ya que este se produce allí donde el sujeto no sabe. En ese lugar se produce el encuentro imposible con el objeto de deseo. El goce es imposible y sin embargo hay goce allí donde jamás se espera y siempre se encuentra insistiendo en relaciones del sujeto.

Los efectos psicoanalíticos no dependen de un encuadre sino del discurso del paciente y del compromiso del analista con el analizante. Por ello en el medio hospitalario se puede dar un lugar analítico posible es ese lugar Alfa como lo menciona Miller.

Ya como lo indica Lacan la puesta en palabra alivia se lo “invita” al paciente a desahogarse. La escucha atenta del relato del paciente permite aislar frases, palabras que se repiten o se expresan de un modo particular. Siendo la forma como se anudan deseos y fantasías inconsciente con la problemática actual.

Lo importante será que el paciente verbalice, se cuestione y reconozca su sufrimiento que por lo general esta centrado en su cuerpo. Algo que sólo el paciente conoce y él puede dar cuenta. Es decir tomamos como punto de partida al síntoma. Se trata de historizarlo y a través del seguimiento de su recorrido llegar al origen de la problemática. La enfermedad oncológica es un vínculo para que el paciente se cuestiones acerca de situaciones vividas más complejas. Es por ello que en la práctica muchos de los pacientes empiezan su relato relacionado con la enfermedad y luego pasan a otra escena.

Lacan dirá que toda palabra humana es demanda y frente a esta demanda la intervención consiste dar al sujeto un tiempo y un espacio para que ponga en palabra lo que le pasa. Por este medio se logra que el paciente elabore aquello que lo está haciendo sufrir o que lo está angustiando.

El trabajo analítico tiene especial importancia en la tarea de integrar lo traumático al proceso secundario para ponerle palabras y otorgar nuevas significaciones. Es decir que implica desvelar las modalidades defensivas que se habían establecidos en ese intento de alivio de la tensión pero que obstaculizaba la simbolización.

La Ética del psicoanálisis será ponerse al servicio no de los ideales ni del bienestar sino del deseo inconsciente y el malestar que lo acompaña. No será asumir una actitud de caridad, ni ubicarse a nivel de la comprensión. Será evitar en todo momento ubicarse en el plano imaginario y querer “ayudar” a ese ser que nos necesita.

Ante esto debe existir disposición favorable de parte del paciente para que pueda elaborar en torno a la situación relatada. En algunos casos no siempre hay que remover mucho la historia del paciente en el ámbito hospitalario ya que algunos han dejado la responsabilidad a Otro. Se debe dar por terminada la sesión ya que no hay una demanda de parte de ellos.

El trabajo siempre se trata del Uno por Uno. Muchas veces el paciente se presenta con una demanda que tan solo se queda en una queja ya sea de su enfermedad o del servicio hospitalario. El paciente manifiesta su relato actual que por lo general es sobre su enfermedad quedándose en ese relato. No pudiendo realizar un trabajo ya que no pasa a otra escena en la que pueda elaborar.

La elaboración o trabajo elaborativo es originalmente el proceso por el cual un paciente en análisis descubre gradualmente a través de un lapso prolongado, las connotaciones totales de alguna interpretación o insight. De aquí, por extensión, el proceso de acostumbrarse a un nuevo estado de cosas o superar una pérdida o una experiencia penosa. En este último sentido, el duelo es un ejemplo de elaboración.

Cuando el paciente pasa a otra escena queda en una ruptura subjetiva y a partir de ello puede generar una elaboración, quizás un cambio en la posición subjetiva. En el medio hospitalario sería muy pretencioso afirmarlo pero con el tiempo puede llegar a darse.

No hay que olvidar que la responsabilidad es siempre con el paciente. Sus dichos son importantes en un ámbito hospitalario donde el médico mira al paciente como un ser anónimo a una totalidad orgánica. De lo que se trata es hacer prevalecer al sujeto predominando su subjetividad. Lo que importa son los dichos del paciente. Preguntarse siempre a partir de sus dichos ¿cómo lo dice? ¿A quién lo dirige?

Es a partir de los dichos del paciente que se va interpretar. En el diccionario de Laplanche interpretación es deducción por medio de la investigación analítica del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconsciente. En la cura, comunicación hecha al sujeto con miras a hacerle accesible ese sentido latente, según las reglas impuestas por la dirección y evolución de la cura. Para Lacan, la interpretación no debe dar sentido a los síntomas y sufrimientos del sujeto, sino devolver al analizante algo del sin-sentido a través de un significante enigmático para el sujeto. La interpretación se dirige a la causa del deseo atrapado en las palabras. Esta interpretación puede darse en forma de puntuación, alusión, enigma, equívoco.

CAPITULO 4

CARGAS LIBIDINALES.

DEFINICIÓN DE LIBIDO

Según Freud libido se refiere a la energía vital de la persona. Se trata de fuerzas o pulsiones psíquicas que orienta al comportamiento hacia un fin y se descarga al conseguirlo.

En la lección XXVI “La teoría de la libido y el narcisismo” de Freud indica que la capacidad de la libido para fijarse al propio cuerpo y a la propia persona del sujeto en lugar de ligarse a un objeto exterior. No puede constituir a un suceso excepcional e insignificante siendo más bien que el narcisismo sea el estado general y primitivo que ulteriormente y sin que ello implique su desaparición. Surge el amor a objetos exterior. Asimilando la emisión de prolongaciones a la afluencia de la libido a los objetos. Mientras que su masa principal permanece en el Yo. En circunstancias normales la libido del yo se transforma con facilidad en libido objetal e inversamente.

La acumulación de la libido no puede ser soportada por el sujeto sino hasta un determinado nivel. Además podemos suponer que si la libido acude a revestir objetos es porque el yo ve en ello un medio de evitar los efectos patológicos que produciría un estancamiento de la misma.

El yo podía ser considerado como un gran depósito de libido del que descargaba la libido a los objetos. Y que se hallaba siempre dispuesto a acoger la libido retornada de los objetos.

Existe una relación entre angustia y la libido. La angustia real ante un peligro sea la manifestación de los instintos de conservación. Sucede que el estado de angustia en el fondo es irracional y esta irracionalidad se hace patente cuando alcanza un nivel elevado. La angustia llega a perturbar la acción de fuga o de defensa del sujeto. Es la acción que se manifiesta al instinto conservador del yo.

LA ANGUSTIA.

En la lección XXV de Freud “La angustia” indica que es un estado afectivo que se queja la mayoría de los nerviosos como de su más terrible sufrimiento. Es esta angustia puede en efecto revestir extraordinaria intensidad e impulsar al enfermo a cometer las mayores insensateces.

Un estado afectivo según Freud comprende ante todo determinadas inervaciones o descargas y además ciertas sensaciones. Estas últimas son de dos clases: percepciones de acciones motores realizadas y sensaciones directas de placer y displacer que imprimen al estado afectivo lo que pudiéramos llamar su tono fundamental. Se halla constituido por la repetición de cierto suceso importante y significativo vivido por el sujeto.

Sabiendo que el desarrollo de la angustia es la reacción del yo ante el peligro constituye la señal para la fuga. La angustia neurótica busca el yo escapar a las exigencias de la libido y se comporta con respecto a este peligro interior del mismo modo que si de un peligro exterior. Este punto de vista justificaría la conclusión de que siempre que existe angustia hay algo que la ha motivado.

La angustia que significa una huida del yo ante su libido es sin embargo engendrada por esta última. El yo es la única sede de la angustia.

También en la misma lección de Freud “La angustia” nos indica que el desarrollo de la angustia se halla íntimamente enlazado al sistema de lo inconsciente.

La transformación de angustia o más exactamente la descarga bajo la forma de angustia constituye el primero de los destinos reservados de la libido reprimida.

En el curso de la neurosis aparecen procesos que tienden a obstruir este desarrollo de la angustia y lo logran de diferentes modos. En las fobias se distinguen claramente dos fases del proceso. La primera es la de la represión de la libido y su transformación en angustia, fase que queda ligada a un peligro exterior. La segunda se va constituyendo todos los medios de defensa destinados a impedir un contacto con este peligro que queda tratado como un hecho exterior. La represión corresponde a una tendencia de fuga del yo ante la libido considerada como un peligro. La fobia viene a constituir una especie de defensa contra el peligro exterior que reemplaza ahora a la temida libido. La falta de resistencia del sistema de defensa empleado en las fobias depende de que la fortaleza inexpugnable desde el exterior no lo sea. La proyección al exterior del peligro representado por la libido no puede jamás conseguirse de una manera perfecta y por esta razón existen en las demás neurosis otros sistemas de defensa contra el desarrollo de la angustia.

CAPITULO 5

PULSIÓN DE MUERTE

DEFINICIÓN DE PULSIÓN

Si atendemos a la definición ofrecida por Laplanche y Pontalis entendemos a la pulsión como un proceso dinámico consistente en un *impulso* (carga energética, factor de motilidad) que hace tender al organismo hacia un fin.

Según Freud, una pulsión tiene su origen en una excitación corporal (estado de tensión); su *fin* es suprimir el estado de tensión que reina en la fuente pulsional; gracias al *objeto*, la pulsión puede alcanzar su fin.

Freud y Lacan consideran que el comportamiento humano está regido por pulsiones que se relacionan con el pensamiento heurístico y lo diferencian del resto de las especies. Es por esto que el humano no queda encerrado en el esquema de "estímulo respuesta" (E-R) que caracteriza a los otros animales. La articulación de la pulsión en el registro simbólico constituye el deseo. El sujeto, en la medida en que se adscribe a la interdicción de la ley paterna, entra a la mediatez de la cultura.

Lacan postula una dinámica de las pulsiones: toda pulsión es originada a partir de una "falta original". Falta que es representada por el objeto *a*. Desde tal momento de "falta" el deseo se traduce en pulsiones. Cada pulsión se dirige a una momentánea meta que está gravitada por el *objeto a*. De este modo la pulsión intenta alcanzar al *objeto a* pero sólo hace un

rodeo en el cual puede acceder a objetos momentáneos de satisfacción momentánea. Luego la pulsión siempre insatisfecha vuelve a iniciar el proceso recién descrito.

El Objeto a es un concepto del psicoanálisis según Jacques Lacan, y significa el objeto de deseo inalcanzable. Denominado también objeto metonímico: "objeto causa del deseo".

El sujeto deseante se adscribe a la cultura, en la medida en que exista un objeto "ideal" perdido, al que llama objeto a. Esta instancia mítica, es la que Lacan denomina como S1 (significante del deseo de la madre), la que se relaciona con los postulados psicoanalíticos de la lógica de la castración. El objeto a se pierde, cuando intenta dar cuenta de éste ya que al hacerlo sabe que esa instancia mítica de S1 está perdida. En ese proceso, el sujeto entra a la lógica de la castración, al dar cuenta que "existe alguien, o algo" que permite "volver" a la instancia mítica de inmediatez y de goce. Por ende, S2 sería lo que Lacan llama la Metáfora del nombre-del-padre. Es un representante que permite al sujeto entrar a lo simbólico y a la cadena significativa, que intenta de por sí dar sentido a ese S1 que no puede presentarse. Ese ideal perdido y causal de deseo llamado objeto a.

Se denominan así pulsiones a las fuerzas derivadas de las tensiones somáticas del ser humano, y las necesidades del ello; en este sentido las pulsiones se ubican entre el nivel somático y el nivel psíquico. Así como las pulsiones carecen de objetos predeterminados y definitivos; también tienen diferentes fuentes y por ello formas de manifestación, entre ellas: Pulsión de vida o Eros, pulsión de muerte o Thanatos.

PULSIÓN DE VIDA Y PULSIÓN DE MUERTE

La pulsión de muerte fue definida por Sigmund Freud en *Jenseits des Lustprinzips (Más allá del principio de placer)* (1920) como una pulsión inherente a todas las formas de vida orgánica "de restablecer un estado anterior".

La pulsión de vida consiste en la conservación de las unidades vitales existentes y en la constitución de unidades más amplias. Existiría una tendencia a producir y mantener la cohesión de las partes de la sustancia viva y el organismo individual aspira a mantener su unidad y su existencia. El principio subyacente a esta pulsión es el de ligazón de unidades orgánicas de organización cada vez más complejas. Dentro de esta pulsión se encuentran la pulsión sexual y la pulsión del yo.

En cuanto a su contraparte la Pulsión de muerte tiende a la reducción completa de las tensiones. O sea a disolver al ser vivo al estado de materia inorgánica, tendencia a la destrucción de las unidades vitales, a la nivelación de las tensiones y al retorno al estado inorgánico, considerado como el estado de reposo absoluto. Las pulsiones se dirigen primariamente hacia el interior, tendiendo a la autodestrucción y en un segundo momento se dirigirían hacia el exterior. Esta idea de que la pulsión de muerte es el empuje por el retorno a la materia inorgánica supone la concepción de que todo ser vivo fue en un "antes" un "ser no vivo"; por lo tanto, la satisfacción de la pulsión sería un retorno a un estado anterior. La pulsión, destructora del organismo hacia sí mismo, hace tender al deseo de desintegrarse y de conducirse hacia un estado de inorganicidad. Este deseo se convierte en inofensivo cuando pasa de

la pulsión destructiva hacia la pulsión agresiva, o sea, hacia un objeto externo

Ahora bien, es necesario introducir la definición de "agresividad". Concebida como la tendencia o conjunto de tendencias evidenciadas en conductas reales o fantasmáticas dirigidas a dañar o destruir a otro. Es esta agresividad puede adoptar modalidades distintas de la acción motriz, ya que no hay conducta que no pueda funcionar como agresión. Se considera dentro de la teoría psicoanalítica a la agresión como un sustrato pulsional único en el concepto de pulsión de muerte. La agresividad es descubierta en el trabajo terapéutico a través de la resistencia de los pacientes a la cura, la clínica del duelo y melancolía, el sentimiento de culpabilidad inconsciente, etc. Los sentimientos hostiles expresados en el odio, Freud los concibe como que tienen su propio origen el de la lucha del yo por su conservación y afirmación, y en esta esfera de la autoconservación relacionada con el peligro ante un objeto externo. La pulsión se expresa a través del deseo de apoderamiento del objeto, que en su primer momento sucede como indiferente para el sujeto, pero luego aparece como acontecido cuando se hace la vuelta hacia la persona (masoquismo).

Por otra parte, un extracto de la pulsión de muerte se pone al servicio de la pulsión sexual, y hallamos aquí el sadismo como tal, y otra parte de la pulsión de muerte no se dirige al exterior, permaneciendo en el organismo reconociéndose aquí el masoquismo originario. Esta idea luego es transformada explicándose así: Freud ve en las formas de masoquismo, un fenómeno derivado, en cuanto que sólo indicarían, la regresión a un

masoquismo primario. La noción de agresión que Freud desarrolla, es distinta al clásico concepto de agresión descrita como un modo de relación con otro a través de la violencia, ya que para Freud la pulsión de muerte al tener su origen en el propio sujeto, supone que la autoagresión es el principio mismo de la agresividad.

Volviendo al tema de las pulsiones terminaré este capítulo con el destino de dicha pulsión. Para ello se tomara como guía el texto de Freud "Pulsión y destino de pulsión" en el cual indica que el objeto de una pulsión es aquello en o por lo cual puede alcanzar su meta. Es lo más variable en la pulsión; no está enlazado originariamente con ella, sino que se le coordina sólo a consecuencia de su aptitud para posibilitar la satisfacción. No necesariamente es un objeto ajeno, también puede ser una parte del cuerpo propio.

Por fuente de la pulsión se entiende aquel proceso somático, interior a un órgano o a una parte del cuerpo, cuyo estímulo es representado en la vida anímica por la pulsión.

CAPITULO 6

CASUÍSTICA

A continuación se describirá un caso tratado en el tiempo de las prácticas. Es esposa de un paciente oncológico interno en el primer piso. Se la llamara por las iniciales S.R. para la explicación de este caso.

S.R. es una mujer de 50 años, casada hace 25 años con 3 hijos mayores de edad. Indica que siempre se ha dedicado a la casa ya que su esposo es quien mantenía el hogar.

RESEÑA DE LA ENTREVISTA

S.R. es esposa de un paciente que se encuentra hospitalizado en el primer piso de SOLCA.

En la primera entrevista la señora empieza a narrar todo lo que ha vivido a partir de la enfermedad de su esposo. Indicando que ingresaron por un dolor en la cabeza que tenía su esposo y acudieron a las Damas de SOLCA donde le realizaron una tomografía y salió que tenían que operarlo de un tumor en el cerebro. También indica que su esposo ha sido muy bueno, y que nunca le ha pegado ni faltado el respeto que lo único malo es que los domingos se iba a jugar bollet pero regresaba y cocinaba para que ella descansara. Agrega que su esposo nunca estuvo afiliado y que se le dificulta pagar los gastos del hospital y que el patrón del esposo no la quiere ayudar indicando “él tiene pero no quiere ayudarnos y mi esposo fue su mano derecha, a todos lados lo acompañaba y era su mejor empleado”. También relata que cuando su esposo estaba en

cuidados intensivos ella lo veía mal pero que lo estimulaba con palabras diciéndole “que lo amaba, que no la deje sola, que lo necesitaba”, agrega que cuando esta al frente del esposo se ríe como un “payaso” para darle fuerzas pero que ella no puede más (se pone a llorar) indica que es “depresiva” y que el médico le ha medicado para los nervios.

En una segunda entrevista S.R. relata que esta confirmado que su esposo tiene cáncer y el inconveniente que tuvo con una licenciada indicando que no puede verla porque le recuerda que su esposo tiene cáncer ya que la licencia le infirió la noticia de “mala manera”. “no puedo verla me recuerda todo lo que le está pasando a mi esposo”. Agrega que a veces las enfermeras no son amables y dicen o hacen las cosas de “mala gana”, y eso la molesta un poco. También indica que los doctores “no dicen nada y hay que estar atrás de ellos para saber lo que le pasa a mi esposo”

Además indica que todavía esta pasando lo de su hermana que también tiene cáncer y ahora su esposo y que eso para ella es demasiado (se pone a llorar). Luego relata que es muy difícil la situación de ella pasar por dos familiares que están atravesando por la misma enfermedad.

En una tercera entrevista indica que le ha pasado otra desgracia (se pone a llorar) relatando que los hermanos quieren meter a un auspicio a la mamá y que eso no lo puede permitir porque ella la quiere y no la va a dejar abandonada a su mamá y va hacer todo lo posible para contratarle a una enfermera en la casa y la cuide mientras ella esta en el hospital con el esposo. También en esta entrevista relata que es duro todo lo que le esta pasando que está luchando por la vida de su esposo y que va hacer

todo lo posible para salvarle la vida y no muera (aquí hubo dificultad en expresar “salvarle la vida y morir”. Agrega que no sabría que hacer si su esposo muriera.

En la cuarta entrevista la encuentro en el pasillo llorando indicando que el esposo se puso mal y ahora se encuentra en ambiente y los médicos le han dicho que ya no hay nada que hacer y se dificulta el relato y no puede seguir con la entrevista. Agrega que le van a realizar una nueva operación en el estómago.

En la quinta entrevista relata que escuchó una conversación de unos paramédicos de una supuesta “negligencia” médica e indica que la culpa de que su esposo este grave fue por un doctor que le hizo mal una operación y que no lo puede creer que piensa poner una denuncia sino solucionan el problema del esposo.

En la misma entrevista relata que recuerda la muerte de su padre y que escucho una conversación de cómo lo mataron a su padre e indica que fueron las hijastras y la otra esposa del padre. Le dispararon en la cabeza pero eso no lo mató “dijeron que Él se suicido, se ahorcó”. Pero indica que para ella lo mataron porque le encontraron golpes en los brazos y que eso le tuvo que haber hecho la gente con la que él vivía (refiriéndose a la esposa del padre y a las hijastras).

COMENTARIO:

S.R en las entrevistas presenta disponibilidad en el trabajo ya que en primer momento la demanda viene del paciente mismo y eso permite una entrada en el trabajo analítico. Como se podría dar cuenta en un primer

momento su relato es entorno a la situación del esposo y la enfermedad que lleva. Luego se le brinda el espacio para que pueda relatar situaciones de su pasado relacionadas con ella.

También se podría observar la diferencia del trato de su síntoma que se brindó en relación a los médicos la cual le recetaron pastillas para su “depresión”. Se le brindó un espacio para que mediante la palabra pueda descargar su angustia y pueda restituir la cadena del significante perdido haciéndole notar las dificultades de su relato y pudiendo elaborar entorno a la situación relatada. Para la paciente el hablar la tranquiliza.

La paciente se presenta angustiada y se asume como “depresiva” ante la idea de muerte que le produce el estado fisiológico de su esposo. Se podría inferir que la enfermedad de su esposo le ha hecho revivir la situación del fallecimiento del padre, esto la angustia ya que la idea de muerte deja una huella insoportable.

CONCLUSIONES

- El sujeto en el hospital es visto como un objeto ante la mirada médica que se aproxima a una funcionalidad del cuerpo. La dolencia específica del cuerpo es lo principal dejando de lado lo que pueda decir el sujeto.
- Los síntomas dentro de nuestro trabajo solo pueden ser atendidos desde su particularidad que hacen que los síntomas sean inaccesibles a una generalización.
- El sujeto es un ser que habita en el lenguaje, en relación con una imagen del cuerpo específico, sus posibilidades de placer y de sufrimiento, que están vinculadas con una historia particular y que son la verdad del sujeto.
- En la orientación psicoanalítica no existe un procedimiento estandarizado, no existen los patrones establecidos con anterioridad, no hay un manual que dictamine los pasos a desarrollar cuando se trata de un paciente. Pero se ha demostrado que existen principios que constatan la ética en la práctica.
- El papel del psicólogo clínico en el ámbito hospitalario sería esencialmente el de dar el lugar que corresponde al poder de la palabra. Es necesario tener en cuenta el discurso de aquel sujeto que se presenta ya que es desde allí donde se le va a responder al sujeto.

- El psicólogo está siempre ahí para permitir que el paciente lo diga todo y hacer algo con tal o cual síntoma. Esclarecer ese síntoma con el discurso del mismo paciente y no buscar respuestas a través del saber científico.

Bibliografía

- Bleger, J. (2001). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (2003). *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2003). *El amor de transferencia*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2003). *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2003). *Iniciación del tratamiento*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2003). *Lección XXV la angustia*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2003). *Lección XXVI La teoría de la libido y el narcisismo*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2003). *Más allá del principio del placer*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Lacan, J. (1954). *Seminario 1*. Paidós.
- Laurent, E. (2006). *Principios rectores del acto psicoanalítico*.
- Miller, J. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Argentina: Paidós.
- Miller, J. (2009). *La salvación por los desechos*. Barcelona.
- Miller, J. *Revista psicoanalítica. Hacia PIPOL4*. Barcelona.
- Miller, J. *Seminario Die Wege der Symptombildung*. Barcelona.