



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA  
EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

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

**TEMA:** “LA IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN DEL  
PSICÓLOGO CLÍNICO PARA QUE PACIENTES DISCAPACITADOS  
ASUMAN SU IMPEDIMENTO FÍSICO”

**Autor:**

Juan Manuel Martínez Martínez.

**Directora de Prácticas:** Dra. Nora Guerrero de Medina

Guayaquil – Ecuador

Año 2012 – 2013

## ÍNDICE

<b>Título</b>	<b>Página</b>
Justificación	<b>3</b>
Introducción	<b>6</b>
Capítulo 1: ¿Qué es Rehabilitación Física?	<b>8</b>
1.2. Tipos de terapia que se aplican en rehabilitación física	<b>9</b>
1.2.1. Terapia física	<b>10</b>
1.2.2. Terapia de lenguaje - 1.2.3. Terapia ocupacional	<b>11</b>
1.2.3. Terapia psicológica	<b>12</b>
1.3. Diagnósticos Médicos: 1.3.1. Hemiplejia - 1.3.2. Cuadriplejia	<b>13</b>
1.3.3. Paraplejia - 1.3.4. Hemiparesia - 1.3.5. Esclerosis Múltiple	<b>14</b>
1.3.6. Amputación de un miembro	<b>15</b>
Capítulo 2: El síntoma	<b>16</b>
Capítulo 3: Síntomas más frecuentes en pacientes del servicio de Medicina Física y Rehabilitación	<b>31</b>
3.1. Forma del abordaje psicológico en pacientes del Área de Medicina Física y Rehabilitación	<b>35</b>
Capítulo 4: Intervenciones realizadas en pacientes con limitación física - casos clínicos	<b>38</b>
Conclusión	<b>42</b>
Bibliografía	<b>46</b>

## JUSTIFICACIÓN

A partir del trabajo a nivel psicológico realizado con diferentes pacientes y sus familiares, en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional DR. Teodoro Maldonado Carbo del IESS, se pudo detectar como nivel de sufrimiento más constante, el deseo de ser como antes. Y era precisamente en la rehabilitación, donde se ponía en evidencia dicho sufrimiento; el sujeto – paciente del departamento se negaba a aceptar y adaptarse con las limitaciones físicas residuales, producto del momento traumático que produjo tales lesiones. Como resultado se presentaban manifestaciones diversas como la negativa de los pacientes a no asistir periódicamente a las terapias en el área; o el retroceso en las mismas, ya que las terapias que se realizaban en el área; perdían su valor al no tener continuidad dentro del hogar, una recomendación constante por parte de los técnicos del equipo del servicio.

Por esto, fue necesario trabajar con pacientes que presentaban este malestar, buscando que acepten su impedimento físico. Se pudo escuchar diversas dificultades que sentían para ejercer sus funciones dentro de su hogar, y así mismo, dificultades para establecer una comunicación, con los familiares que conviven con ellos, debido a que mostraban desmotivación e irritabilidad. En las entrevistas con los familiares, se escuchaban quejas ligadas a no poder lidiar con el cuidado de su familiar con limitación; ya que se les hacía complicado, no dejarse afectar por las manifestaciones de irritabilidad o desmotivación de sus

allegados. Por lo cual, también se atendió a los familiares; ofertándoles un espacio de palabra, para que puedan expresar su malestar. En definitiva, la política a seguir era que, tanto el paciente como el familiar subjetivicen la incapacidad, aceptando sus limitaciones para que encuentren nuevas posibilidades de vida y de trabajo con sus capacidades residuales.

### **Objetivos:**

Como generales:

- Mencionar y explicar los síntomas más frecuentes identificados, en pacientes con limitación física que acuden al departamento de rehabilitación.
  
- Explicar la forma de abordaje psicológico aplicado y sus resultados en el trabajo con pacientes del área de Medicina Física y Rehabilitación.

Como específicos:

- Explicar el contexto en que se desarrollaba el trabajo del psicólogo clínico, como parte del equipo multidisciplinario en el departamento de rehabilitación física.

- Demostrar la importancia de asumir, una limitación física por parte del paciente en etapa de rehabilitación.
- Explicar la importancia de trabajar a nivel psicológico con los familiares de los pacientes con discapacidad, para que puedan sobrellevar el tener que ocuparse del cuidado de éstos.

El marco teórico con el que se desarrolla la forma de abordaje y las intervenciones a nivel psicológico con pacientes y familiares, que acudían al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación dentro del proceso de prácticas; se desarrolla, dentro de la perspectiva psicoanalítica; de tal manera que quienes reciben esta intervención puedan subjetivar sus malestares.

## INTRODUCCIÓN

Dentro del año de prácticas clínicas en el Hospital Regional del IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo, concretamente en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, se pudo identificar, la importancia de la participación de un conjunto de técnicas como: la terapia física, ocupacional, del lenguaje y la participación del psicólogo clínico. Todas las técnicas actúan en el cuerpo del paciente; buscando una recuperación de sus partes que aún puedan ser utilizadas. Pero el daño físico y su limitación consecuente, producen en el paciente, angustia y respuestas sintomáticas como irritación, negación, depresión etc. En este caso, la participación del psicólogo clínico es fundamental; para lograr que el paciente, al aceptar su discapacidad, pueda lograr una mejor reinserción a su medio familiar, social y laboral.

Y es por medio del abordaje psicológico orientado a la subjetivación de la limitación física, que se puede lograr una recuperación del paciente. Si bien el tipo de terapias que se aplican en el Servicio de Rehabilitación; pueden brindar un beneficio en el paciente; la actitud de éste, juega un papel muy importante, por cuanto es el protagonista del proceso; y de él dependerá su recuperación y la potencialización de las habilidades residuales, con lo cual puede insertarse de mejor manera en su cotidianidad.

Para que el sujeto pueda lograr mantener estabilidad emocional y motivación para realizar las terapias, se ha hecho necesario brindar un espacio de palabra donde puedan hablar de su malestar, de su sufrimiento como recuerdo, los cambios en su cuerpo, en su vida familiar, social y laboral; producidos por un accidente o una enfermedad que mantienen una limitación física. El trabajo que se propone al paciente y a sus familiares, tiene como política, la aceptación de su situación actual; y la reorganización de su vida en relación a sus capacidades residuales.

## CAPÍTULO 1

### 1. ¿Qué es la Rehabilitación Física?

Para una mayor comprensión de la importancia de la intervención del psicólogo clínico con orientación analítica, con pacientes que acuden al *Hospital Regional de IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”*, específicamente en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, es importante dar una descripción del contexto en que se desarrolla el trabajo con los mismos, partiendo del concepto de Rehabilitación Física como una técnica en la que intervienen varios profesionales del campo de la medicina, primero para el establecimiento del diagnóstico y segundo para el tipo de asistencia que el paciente necesita en función del diagnóstico realizado previamente, por lo cual se toma en cuenta la intervención de fisiatras, neurólogos, neurocirujanos o traumatólogos en el primer momento del proceso y de terapeutas físicos, terapeutas de lenguaje terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y psicólogos clínicos, en lo que se refiere al seguimiento que el paciente debe tener.

Tomando en cuenta las características antes mencionadas de lo que es la rehabilitación física, se puede considerar a esta como *“un proceso, porque sus objetivos y la forma de alcanzarlos no son estáticos, varían de acuerdo con las circunstancias individuales de cada caso”*<sup>1</sup>, frente a esto, se puede interpretar que

---

<sup>1</sup> Guerrero Nora - *Las aplicaciones de la psicología en la rehabilitación integral del impedido físico – Guayaquil – Dirección de Publicaciones de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil – 2005.*



lo que hace a la rehabilitación física un proceso dinámico e individualizado, parte del diagnóstico del personal médico que atiende al paciente en el momento en que se origina la limitación física, ya sea por accidente o por enfermedad y es en función de éste que se aplican formas de asistencia y seguimiento para tratar dicha discapacidad. Como objetivos concretos de la rehabilitación se puede mencionar que estos se dan de acuerdo a las características del diagnóstico del paciente. Pero de forma general se puede decir que *“el objetivo fundamental sería mejorar las condiciones físicas, psíquicas, económicas y sociales; buscando en todo momento la incorporación o reincorporación del impedido físico a la familia y a la sociedad como un elemento productivo”*<sup>2</sup>, pudiendo interpretar esto de la siguiente manera: que el proceso de rehabilitación tiene como objetivo que el paciente que mantiene una limitación física aproveche las habilidades que permanecen en él para una reinserción en el ámbito laboral.

## **1.2. Tipos de terapia que se aplican en rehabilitación física**

Ya se ha mencionado anteriormente que dentro de la asistencia al sujeto con limitación física, luego del diagnóstico, intervienen varios profesionales; se hará ahora una explicación de las terapias empleadas en rehabilitación física en las que intervienen éstos de forma integral, en el programa de recuperación creado de acuerdo a las características del paciente, en este caso por parte del fisiatra; dependiendo del avance físico que realice el sujeto con discapacidad, y

---

<sup>2</sup> Guerrero Nora - *Las aplicaciones de la psicología en la rehabilitación integral del impedido físico – Guayaquil – Dirección de Publicaciones de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil – 2005.*

demostrando las mismas en las consultas periódicas con el médico, las terapias pueden ir disminuyendo hasta que se otorgue el alta o a su vez, si se identifica un estancamiento, se hace una revaloración para conocer qué es lo que le está impidiendo a este paciente que se recupere; una vez mencionado el punto de partida del proceso de rehabilitación, con sus formas de aplicación de acuerdo a las circunstancias presentadas por el pacientes (progreso o estancamiento), se procederá a mencionar los tipos de terapia empleados.

### **1.2.1. Terapia física**

La terapia física es un método de ejercicios diseñado para recuperar la flexibilidad, resistencia o el desarrollo de su fuerza según el tipo de paciente y su lesión, que empezará siempre con ejercicios leves y de corta duración, que luego aumentarán su intensidad y repetición, como también los tipos de ejercicio según el progreso físico del paciente. Dentro de la terapia física existen dos tipos de tratamientos: primero están los de tipo pasivo que se realizan por medio de máquinas especializadas en estimulación eléctrica y estimulación por ultrasonido, las terapias de aplicación de calor y frío, o de manipulación ortopédica, mientras el tratamiento activo consiste en series de ejercicios físicos sobre el suelo, con instrumentos especializados e hidroterapia.

### **1.2.2. Terapia de lenguaje**

En los pacientes que han sufrido lesiones cerebro – vasculares o traumatismos cráneo – encefálicos, se pueden presentar trastornos de lenguaje como las afasias o dificultades para articular las palabras; la terapia de lenguaje servirá para corregir dificultades al pronunciar las palabras; también se puede trabajar con pacientes afásicos para ayudarlos a recuperar la posibilidad de comunicarse aunque la recuperación puede variar de acuerdo al grado de lesión.

### **1.2.3. Terapia ocupacional**

La terapia ocupacional es la encargada de evaluar las capacidades del paciente para determinar qué actividades de la vida cotidiana se le dificultan. El propósito del terapeuta ocupacional será facilitar al impedido físico la adquisición de destrezas que le permitan valerse por sí mismo, como por ejemplo: manejo de sillas de ruedas y movimientos de traslados en pacientes parapléjicos; desarrollo de fortalezas y flexibilidad en personas con movilidad reducida, evaluación y asistencia a pacientes con prótesis, etc. Las terapias que se dan dentro de la terapia ocupacional son para facilitar cuidados básicos como higiene, alimentación, vestido o movilidad funcional.

En muchos casos, los pacientes y los familiares que los acompañan mantienen muchas inquietudes por el tipo de asistencia que recibe el paciente, por lo cual ha

sido frecuente dentro de nuestra función como psicólogo clínico, el brindar una explicación sobre el trabajo a realizar en terapia física y aclarar cualquier interrogante con respecto al beneficio que pueden brindar las terapias mencionadas.

### **1.2.3. Terapia psicológica**

La aplicación de la intervención psicológica se da en pacientes que han tenido una lesión en su cuerpo, donde pueden experimentar la limitación física como trauma o como un medio de angustia, al tener que enfrentar un cambio de estilo de vida; la forma de intervención se da por medio de entrevistas clínicas en las que el paciente pueda poner en palabras el malestar que ha sentido, así como para familiares que están en contacto frecuente con estos, puesto que es importante su intervención dentro de la rehabilitación, ya que son ellos quienes se encargan de las terapias que se recomiendan que el paciente con limitación física realice, no solo en la institución hospitalaria a la que acuden, sino también en su hogar.

Dentro de la función del psicólogo clínico en el proceso de rehabilitación, está identificar el tipo de paciente que se está atendiendo en consulta; esto quiere decir que se debe conocer su historial clínico (diagnóstico, tipos de terapia a realizar, pronóstico, etc.), para comprender el alcance de la lesión orgánica y en función de eso orientar la cura en función de que el sujeto asimile su situación actual y,

aceptando las limitaciones, pueda utilizar sus capacidades para poder insertarse en su medio familiar y laboral.

A continuación se hará mención de los diagnósticos médicos más frecuentes que se atendieron en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, con sus respectivas características y sus causas, con el fin de que haya una mayor comprensión de la forma de abordaje, que constituye el tema central de este trabajo.

### **1.3. Diagnósticos Médicos**

#### **1.3.1. Hemiplejia**

La hemiplejia representa, la falta de movimiento y/o sensibilidad localizada en un lado del cuerpo, siendo un síndrome, tendrá muchas causas; la manifestación hemipléjica representa el daño o alteración de la vía motora causada por lesión en parte del cerebro debido a un accidente cerebro-vascular o traumatismo cráneo-encefálico.

#### **1.3.2. Cuadriplejia**

Cuando la incapacidad para mover el cuerpo se da en piernas y brazos, esto se origina por medio de una lesión en la zona cervical del cuerpo (vértebras ubicadas en el cuello).

### **1.3.3. Paraplejia**

Incapacidad de movimientos corporales que se da en las piernas y se origina por lesiones a nivel de la zona dorsal o lumbar de la columna vertebral.

### **1.3.4. Hemiparesia**

Se caracteriza por mantener movimientos limitados en el cuerpo. Estos movimientos limitados en la hemiparesia se dan en función de que la magnitud de la lesión a nivel del cerebro, es de menor intensidad que en la hemiplejia. Se puede encontrar casos de cuadriparesia y paraparesia en el que los movimientos limitados del cuerpo se dan en las cuatro o dos extremidades respectivamente.

Es importante mencionar que en los casos de lesiones cerebrales o accidentes cerebro vasculares, ya sea en la hemiplejia o hemiparesia, puede afectarse también el lenguaje, ya sea en la dificultad para vocalizar las palabras o saber cuál sería la correcta para expresar, concretamente cuando la parte derecha del cerebro ha sido afectada.

### **1.3.5. Esclerosis Múltiple**

Es una enfermedad que ataca los músculos del cuerpo a causa de lesiones que aparecen en la mielina (sustancia aislante de varias capas que rodea a los axones

y acelera la conducción o impulso nervioso), lo que causa dificultad para mover el cuerpo. Esta esclerosis múltiple se caracteriza por ser una enfermedad mortal, ya que ataca los músculos del cuerpo hasta llegar al corazón causando que deje de funcionar, por lo que es importante su detección a tiempo y su posterior tratamiento.

### **1.3.6. Amputación de un miembro**

La amputación se la puede definir como problemas musculoesqueléticos de carácter especial, porque la incapacidad no depende de un estado patológico, sino de un tratamiento que eliminó todo o parte de una extremidad. Esta puede originarse por accidentes de tránsito o de tipo laboral; sus causas concretas pueden darse por lesiones traumáticas, insuficiencia vascular periférica, arterioesclerótica o diabética, neoplasias malignas (tumor), infecciones de huesos o tejidos que no permiten el restablecimiento de la función, lesiones térmicas por calor o frío, miembro deforme inútil o falta congénita.

## CAPÍTULO 2

### 2. El síntoma

Dentro del trabajo a nivel psicológico con pacientes del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, se toma como punto indispensable para abordar, *el síntoma*. Se va a precisar ahora lo que la medicina puede decir sobre este término, respecto a la forma cómo el psicólogo clínico con orientación analítica lo concibe. En la primera parte de este capítulo, una vez que se ha establecido la diferencia entre el punto de vista médico y el psicológico de lo que significa síntoma, se presentarán las características más esenciales de este término, desde los aportes de Freud. Para el desarrollo de este capítulo, se toma a consideración primero el significado de síntoma que se puede reconocer en el diccionario de la lengua española, que lo define como “señal, indicio, representación o huella”, o como un “indicio de algo que está ocurriendo o está por suceder”: al analizar este, se puede mencionar el hecho de que tanto desde la perspectiva médica como desde la psicológica, hay cierta similitud, ya que dentro de estos dos campos que se están considerando, efectivamente se lo concibe a este como una señal de que algo está sucediendo en el ser humano que no le permite vivir a plenitud.

Dentro de la medicina se puede reconocer al síntoma como una alteración del organismo que evidencia o anuncia una enfermedad. Es ahí donde ya se puede establecer la diferencia de cómo reconoce la psicología con orientación analítica



este mismo término, si bien toma el término de la medicina, su significado y su forma de tratar difiere, ya que se centra en la angustia y los conflictos emocionales que puede tener el sujeto; su particularidad se da en función de que esta alteración emocional puede no manifestarse en el sujeto, esto debido a la represión, a diferencia de los malestares orgánicos que tratan los médicos que pueden ser visibles y en función de esa observación se toman acciones.

Una vez establecida la diferencia entre síntoma médico y síntoma psicológico, el presente capítulo, transcurrirá acerca de los aportes que autores como Freud han realizado; por lo cual, para el inicio de este desarrollo se toma como referencia los escritos de la conferencia 23 denominada “*Los caminos de formación al síntoma*” en que se puede definir lo que se entiende como síntoma, así como los componentes que se originan en el sujeto. Según Freud “*A menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad, y conllevan displacer o sufrimiento para ella*”<sup>3</sup>. Es ahí donde se puede reconocer cierta particularidad dentro del campo analítico, en que si bien el sujeto mantiene una angustia, se le hace complicado poder desligarse de los actos que le generan ese malestar. Un ejemplo para explicar esta afirmación, puede ser el de un sujeto femenino que convive con alguien que la maltrata tanto físicamente como a nivel psíquico, y si bien puede sentir mucho malestar lógicamente por el tipo de agresiones sufridas, se le puede hacer complicado tomar acciones para poder alejarse de este tipo de maltratos.

---

<sup>3</sup> Freud Sigmund - *Los caminos de formación al síntoma (conferencia 23) – conferencias de introducción al psicoanálisis – Barcelona – Editorial Biblioteca Nueva – 1997.*

Para esclarecer mejor el aspecto del síntoma, se toma como referencia el siguiente enunciado de la Conferencia 23 en la que *“Los síntomas neuróticos son el resultado de un conflicto que se libra en torno a una nueva modalidad de la satisfacción pulsional. Las dos fuerzas que se han enemistado vuelven a coincidir en el síntoma. Por eso el síntoma es tan resistente, está sostenido desde ambos lados”*<sup>4</sup>. Estas dos fuerzas a las que se refiere Freud, son la angustia y la libido insatisfecha, la cual es la causante de que el síntoma se mantenga latente en el sujeto y no pueda desligarse del mismo; se conoce en el medio psicoanalítico que esta libido insatisfecha ha pasado por un rechazo de la realidad, por lo que mantiene esta condición debido a la represión y por eso una vez que se da la censura, esta busca otras formas para satisfacerse.

Al reconocer la angustia y la libido insatisfecha dentro del proceso de formación del síntoma, se puede mencionar que una vez consolidado éste en el sujeto, se da un empobrecimiento de la energía anímica tal como lo define Freud, lo que lleva a una dificultad para poder realizar las tareas importantes de su vida. Así se puede determinar que una de las formas de afectación, por ejemplo, es la pasividad ante diferentes actividades dentro de un determinado espacio social.

Otro aspecto que tiene relación con el sufrimiento que causa el síntoma en el sujeto, radica en lo que ya afirma Freud en la conferencia 23: *“La indagación*

---

<sup>4</sup> Freud Sigmund - Los caminos de formación al síntoma (conferencia 23) – conferencias de introducción al psicoanálisis – Barcelona – Editorial Biblioteca Nueva – 1997.

*analítica muestra que la libido de los neuróticos está ligada a sus vivencias sexuales infantiles. Así parece conferir a estas una importancia enorme para la vida de los seres humanos*<sup>5</sup>. Entonces se puede entender que en estas vivencias bajo el estado de represión el sujeto neurótico quedó adherido a algún punto de su pasado y esto origina que el síntoma busque repetir de alguna manera, la forma de obtener la satisfacción que sentía en su temprana infancia.

Al poner a disposición en este capítulo los aspectos que originan el síntoma y lo que genera éste en el sujeto, no se puede dejar de lado las características del sueño, ya que según Freud *“Al igual que el sueño, el síntoma figura algo como un deseo cumplido: una satisfacción a manera de lo infantil”*<sup>6</sup>. Este punto lleva a la siguiente interpretación, que en la formación del síntoma, se involucran los mismos procesos inconscientes que contribuyen a la formación del sueño; estos se conocen como la condensación y el desplazamiento.

Para referirse al primero, se lo define como una representación única que tiene el sujeto, la cual a su vez constituye por sí sola varias cadenas asociativas; y el segundo, se lo conoce como un mecanismo de defensa inconsciente en el que se dirigen emociones de una representación psíquica que son inaceptables para el sujeto. La intervención de la condensación y el desplazamiento se dan en el

---

<sup>5</sup> Freud Sigmund - *Los caminos de formación al síntoma (conferencia 23) – conferencias de introducción al psicoanálisis – Barcelona – Editorial Biblioteca Nueva – 1997.*

<sup>6</sup> Freud Sigmund - *Los caminos de formación al síntoma (conferencia 23) – conferencias de introducción al psicoanálisis – Barcelona – Editorial Biblioteca Nueva – 1997.*

síntoma, en el sueño y demás formaciones del inconsciente. Dentro de la formación de los síntomas, ya se ha mencionado anteriormente que la libido que ha sido censurada en la realidad, trata de emerger por medio de otras fuentes; y ésta tiene la capacidad de retirarse hacia la fantasía, por lo que, según Freud, una vez que la libido sigue ese camino, se lo concibe como un estadio intermedio del camino hacia la formación del síntoma. Todo este proceso es denominado como introversión, la cual “designa el extrañamiento de la libido respecto de las posibilidades de la satisfacción real”, por lo que se puede determinar que al intervenir el desplazamiento de estas fuerzas, el sujeto se verá dispuesto a desarrollar síntomas.

Una vez que se han desarrollado los puntos más esenciales de cómo se forman los síntomas en la neurosis, a continuación se mencionarán aspectos que tienen que ver con lo que pueden causar éstos en el sujeto, tomando en cuenta su estructura neurótica, por lo que se considera imprescindible establecer una definición en primera instancia tomando como referencia a Freud y a su escrito *Inhibición, síntoma y angustia*, en que menciona: “*El síntoma sería, pues, un signo y un sustituto de una expectativa de satisfacción de un instinto, un resultado del proceso de la represión*”<sup>7</sup>. Ante lo que menciona Freud, es importante resaltar que la forma como el sujeto hace síntoma, es posterior a la represión y es en función

---

<sup>7</sup>Freud Sigmund - *Inhibición síntoma y angustia* – Obras completas – Barcelona – Editorial Biblioteca Nueva – 1997.

de la estructura del sujeto que se establecen diferentes formas de hacer síntoma, por medio de actos en que se pueden originar éstos. Ya se menciona en el escrito antes mencionado que existen técnicas sustitutivas a las que recurre el sujeto como un medio que da inicio a los síntomas. Las técnicas a las que se refiere Freud son la de “deshacer lo sucedido” y la de “aislamiento”: para ser más específico, estas actividades del yo están ligadas al síntoma obsesivo.

Se han mencionado los componentes que hacen surgir al síntoma, tomando como referencia la conferencia 23 de Freud. A continuación se va a desarrollar otro aspecto considerado como la segunda tópica que ha sido planteada por el mismo autor, en referencia a la formación de éste en el sujeto. La parte esencial de esta segunda tópica radica en que el síntoma *“trata de demostrar un conflicto interno al yo, o de los efectos sintomáticos de un yo dividido entre varias instancias, o incluso de las satisfacciones narcisistas que el sujeto encuentra en su síntoma”*<sup>8</sup>. Ahora bien, se puede reconocer que el yo, siendo una instancia consciente en el sujeto cuya función es poner freno a las pulsiones y que permite que el sujeto asuma una responsabilidad con el medio externo, se ve afectada por un conflicto donde el yo acoge el síntoma. Esto se puede reflejar en el hecho de que se repita, y por ende se dificulte su tratamiento dentro del análisis. En esta segunda tópica el síntoma busca “tener una articulación con la parte inconsciente del yo” como lo plantea SergeCottet, al mencionar esto se puede referir a que el síntoma puede

---

<sup>8</sup> *Fundación del Campo Freudiano. – El síntoma en la segunda tópica de Freud – El síntoma charlatán – Barcelona - Buenos Aires – Paidós – 1998*

tomar la parte estructural de lo reprimido, es decir su modo compulsivo y repetitivo; es así como la compulsión de la repetición llega al lugar del conflicto neurótico. En esta ocasión, la libido reprimida ya no es la que define el síntoma.

De este modo, se pueden distinguir varios tipos de identificación relacionados al síntoma, como la histérica, identificación del objeto del amor perdido o identificación a los padres. Por ejemplo, *“En determinadas mujeres, la acumulación de encuentros fallidos con amantes, hace que en cada pérdida se deposite un significante como resto que el sujeto incorpora como rasgo superyoico; se trata de la discontinuidad del goce, la nostalgia, el duelo, la ausencia del otro amado que atraviesa el vacío en el que se precipitan los significantes de la identificación”*<sup>9</sup>. Se puede reconocer en esta segunda tópica sobre la formación del síntoma como punto esencial, que el objeto se introduce en el superyó, y este último no censura la pulsión en nombre del principio del placer. Por medio de la formación de esta segunda tópica, aparecen otros síntomas: especialmente la inercia y la inhibición obsesiva en contraste con la impulsión. Lo mencionado en referencia a la segunda tópica, permite reconocer que el síntoma no aparece necesariamente ligado a un tipo clínico, ya sea obsesivo, histérico o psicótico, sino que en ocasiones se presentan síntomas comunes en estructuras clínicas diferentes pero con una intensidad que puede variar.

Del síntoma, tomando en cuenta sus características y la relación de éste con la forma como se desarrolla la sociedad actual, en la que nada permanece estático

---

<sup>9</sup> *Fundación del Campo Freudiano – El síntoma en la segunda tópica de Freud – El síntoma charlatán – Barcelona - Buenos Aires – Paidós – 1998*

por mucho tiempo, se puede decir que emerge en función de la búsqueda de algo nuevo; es importante tomar en cuenta lo que plantea Miller en relación al síntoma en la época actual, en el que el superyó, en su definición freudiana, tiene una dimensión social y demanda algo nuevo; hoy, dice Miller, no gozamos sino de lo nuevo, se impone lo nuevo como exigencia inapelable. Por eso, para concluir la idea, se puede decir que lo nuevo en el medio actual es el síntoma, es la nueva forma sintomática y hace del propio sujeto un objeto desecho(a); por ejemplo, la desesperación ante el envejecimiento es un síntoma social y frente a esto se puede confirmar que lo único que puede realmente resistir a lo que se concibe como sintomático de lo sintomático, es otro síntoma.

Una vez que se plantea el concepto de síntoma como algo nuevo e imprevisto dentro de la sociedad actual, así mismo está ligado a lo repetitivo y no es indiferente al discurso. En la medida en que responde cuando se lo aborda, ya sea cuando se lo busca por medio del habla, y puede decir algo, es un mensaje que se puede leer y tiene una significación. Ahora bien, es indispensable mencionar que se dan dos perspectivas distintas del síntoma en relación a la histeria o a la obsesión: en la primera se pone al síntoma en el registro de lo simbólico y en la segunda, se ubica al síntoma, en la medida en que siempre vuelve al mismo lugar y es muy resistente a ser modificado mediante el reconocimiento de su sentido. Al tomar como referencia los aportes de Freud en relación a la obsesión, es cuando se puede tomar a la repetición como fundamento mismo del síntoma. Así se puede interpretar que éste no solo

mantiene una significación descifrable como, sino que también está relacionado con lo real. Desde los planteamientos de Freud, se había visto que detrás del síntoma había fantasmas fundamentales y detrás de este conjunto de fantasmas había una fijación, esto quiere decir que esta se presenta como algo inmóvil o inscripción imborrable de un primer encuentro con el goce y un primer encuentro considerado como trauma.

Para entender mejor el concepto de síntoma, se considera indispensable mencionar el significado de lo real, el cual forma parte de los registros psíquicos, planteados originalmente por Lacan, como son también lo simbólico y lo imaginario; ahora bien, se conoce como lo real, a todo aquello que no se puede nombrar, dentro de la estructura simbólica del sujeto. Dentro de la formación del síntoma, se reconoce una relación entre lo simbólico y lo real. Ya lo representa Miller de este modo:

$$\Sigma (S \diamond R)$$

Se reconoce en esta representación, la letra para identificar al síntoma (sigma), y entre paréntesis la relación entre lo simbólico y lo real, y esta misma relación pasa por el fantasma como imaginario; esto desde el punto de vista planteado por Freud en la conferencia XXIII.



Ahora bien, desde la perspectiva de Lacan el síntoma es estrictamente simbólico, ya que según él, el síntoma puede desvanecerse cuando el sujeto admite una verdad interpretativa y no la verdad, de tal manera que al síntoma lo ubica a la par con la interpretación que lo puede hacer desaparecer. Su punto de vista radica en que el síntoma es un *decir* que él lo escribe así:  $s(A)$ , el significado del *Otro*. Esto quiere decir el síntoma como mensaje del Otro y en un segundo tiempo, el fantasma dentro de este mensaje del Otro:

$$(\$ \diamond a) \rightarrow s(A)$$

Ya se ha mencionado cómo Freud y Lacan, hacen una representación de lo que es el síntoma y dentro de esas perspectivas podemos reconocer al fantasma en la relación entre lo simbólico y lo real, primero en la forma como lo escribe Miller tomando el planteamiento de Freud y segundo, este mismo en la postura de Lacan, en la que el fantasma se encuentra en el mensaje del Otro, por lo que podemos situarlo como un componente indispensable para el tratamiento del síntoma que presenta el sujeto en la actualidad. Ahora bien, se puede entender al fantasma como aquello que designa la vida imaginaria del sujeto y el modo en que éste se representa a sí mismo en su historia.

El síntoma al igual que otras formaciones del inconsciente como el lapsus, el sueño, etc., puede ser tratado como algo a descifrar debido al valor de mensaje oculto que se le otorga. A su vez, éste, puede estar separado de las demás formaciones del inconsciente debido a que estos actúan en función de una temporalidad del instante, por lo cual no se da una repetición; dentro de sus características se puede encontrar la permanencia y la repetición. A diferencia de épocas pasadas como la victoriana, en que era evidente una distancia entre la patología y la palabra, en la época actual, se puede reconocer que el síntoma está ligado al decir, a la necesidad de hablar todo aquello que causa malestar.

Al abordar el síntoma que presenta el sujeto, en la forma en que pone en palabras eso que lo aqueja pero lo repite, se puede hacer que emerja esa carga libidinal por medio del discurso dentro del análisis, la cual, como se sabe y según lo que plantea Freud en sus escritos, al pasar por la represión, busca otros medios para la satisfacción. Ahora bien, Miller establece un punto de vista en el que el síntoma como un aparato individual se sitúa en el objeto (a), que es la parte elaborable del goce. Como lo menciona en la conferencia denominada *“El síntoma como aparato”*, se puede identificar al síntoma como un discurso y Miller lo describe como: *“una mediación entre el fantasma y el goce a través de la significación del Otro”*<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup>Fundación del Campo Freudiano – *El síntoma como aparato – El síntoma charlatán – Barcelona - Buenos Aires – Paidós – 1998*

Ahora bien, cómo se considera al síntoma en el sujeto, es decir, qué función o qué papel desempeña. Tomando en cuenta los rasgos de la neurosis, se pueden dar las siguientes perspectivas; primero, Lacan menciona que éste se atraviesa para no permitir que las cosas sean satisfactorias, pero también dice algo distinto en el sentido que el síntoma neurótico se presenta como algo que facilita la vida a los neuróticos. Es donde entra la modalidad fantasmática frente a lo que irrumpe; un aspecto importante por ejemplo, es que el sujeto obsesivo puede estar orgulloso de su síntoma, y este puede introducirse en su carácter; así se puede ver que el síntoma se desenvuelve en el sujeto de acuerdo a su estructura clínica. Puede decirse que existen síntomas en los que no se necesita la significación del Otro, que se caracterizan por que se difunden, como por ejemplo el alcoholismo o la drogadicción donde se goza sin pasar por la palabra, aunque muchas veces se utiliza este goce para facilitar lazos sociales.

El término *depresión*, se caracteriza, porque en la actualidad las personas se encuentran familiarizadas con éste, es decir, hoy existe una noción o idea que todos pueden desarrollar sobre este término. Al igual que el estrés, está ligado a la actividad y se lo identifica como un síntoma de moda, el cual se difunde y se lo considera, ya que se origina en quienes están enganchados a esa cadena significativa de la actividad; entonces se puede reconocer que este significante de la depresión, es un síntoma que se promociona en la cultura actual.

Ya se ha mencionado anteriormente que existe una energía libidinal que al pasar por el campo de la censura busca otros medios para poder manifestarse. Ahora bien, ¿qué es lo que se complementa con esta energía?, se puede decir que la pulsión, la cual encuentra los medios necesarios para su auto erotismo, y para este, se pueden encontrar diversas formas de gozar disponibles en el campo del Otro, donde se incluye la cultura como parte de ese campo en la actualidad. Estas formas de gozar o de buscar la satisfacción pulsional son variables tomando en cuenta además el tipo de satisfacción que emerge en el sujeto, la cual podría ser oral, anal, fálica, genital, escópica, etc. Conocido este aspecto, es importante mencionar, que una de las funciones indispensables del psicólogo clínico con orientación analítica, interesarse en las diversas formas de gozar en un sujeto.

En lo que se refiere a la relación del sujeto con el Otro sexo, es donde aparece un síntoma como un recurso para saber que hacer frente a ese Otro. Analizando la proporción sexual, en este sentido dice Lacan “no hay relación sexual, a pesar de tener una relación, no hay nada equivalente en el plano de un ser sexuado con otro”. Por medio de este enunciado se interpreta que el sujeto trata de encontrar una respuesta a la función de los órganos de su cuerpo incluyendo el sexual, y en esa no- relación sexual surgen los síntomas, los cuales como menciona Miller en la conferencia denominada “El amor sintomático” responden a la ausencia de la proporción sexual:

$$\frac{\Sigma}{\text{O}}$$

Esta representación planteada por Miller para identificar el síntoma en relación a la proporción sexual, se la puede interpretar por cuanto el síntoma se inscribe en el lugar de aquello que se presenta como una falta, en este caso, la falta del partenaire sexual natural. Es por eso que cuando se establece una relación, es una relación sintomática.

Otra perspectiva dentro del estudio del síntoma se da también en relación a la identificación: primero el síntoma se encuentra estrechamente ligado a la existencia del deseo de muerte de los padres, y es en caso de enfermedad o de muerte que esta posición hostil queda reprimida, la cual retorna en el duelo a través de exteriorizaciones en el sujeto. Ahora bien, el impulso hostil dirigido al padre o madre odiado, se recobra en el duelo como un castigo a través del pensamiento del sujeto en el reproche obsesivo o en la conversión histérica por medio del cuerpo; se puede reconocer que el síntoma puede surgir en relación con el objeto perdido, y así este se consolida a partir de una identificación con el deseo reprimido. Todo síntoma obedece a tres motivos en función del orden del tiempo; primero, la libido exige satisfacción en el cumplimiento del deseo; segundo, cuando la defensa inconsciente obra como un castigo por el impulso malo y finalmente cuando se da el retorno de lo reprimido: es ahí donde Freud por medio de sus aportes hace una precisión según la cual dentro de la histeria lo reprimido

sería el fantasma y en la neurosis obsesiva sería la pulsión; esto como medio para hacer que el síntoma se manifieste.

Al analizar la identificación y el síntoma histérico, se puede determinar que este no se asienta en un deseo hostil reprimido, sino en función de un deseo denegado o insatisfecho, apareciendo así lo que vendría ser uno de los tipos de identificación (histérica). Esta responde a un proceso inconsciente, por medio del cual el sujeto llega a sufrir las vivencias de una o varias personas, donde encuentra en ellas motivos similares que puede tener el mismo para padecer un síntoma. Una vez que se han establecido aspectos de la identificación histérica, es importante mencionar cuál sería la diferencia entre esta y la imitación, ya que esta identificación histérica, se la concibe como un acto psíquico y a la imitación como el camino a seguir que tiene el sujeto tomando referentes.

## CAPÍTULO 3

### 3. SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

En el presente capítulo se abordarán los diversos síntomas que se identificaron en pacientes, que acudían al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación; quienes por un accidente o una enfermedad han perdido la movilidad total o parcial de su cuerpo. Se puede decir sobre la intensidad de estos problemas, que en muchas ocasiones eran influidos por la forma cómo se originaba la incapacidad física y cómo esta irrupción en la imagen corporal, llevaba a los pacientes a tener diferentes posiciones sobre la vida y su relación con los demás.

Cuando lo real, es decir lo innombrable irrumpe en la estructura simbólica, en este caso, la imagen corporal, se producen diversos síntomas en el que puede influir el factor hereditario, donde se reflejan las predisposiciones influidas por la historia familiar que pueden originar que el sujeto se manifieste con excesiva sensibilidad u hostilidad; esto, por medio de respuestas patológicas frente a hechos traumáticos, en este caso la limitación física. Así mismo, la reacción emocional del sujeto que encuentra en estado de invalidéz; está determinada por su estructura psíquica previa y por el tipo de secuela invalidante. La limitación física total y parcial, por su origen y sus consecuencias, puede ser reconocida como un hecho traumático. Este puede ser definido como aquellos sucesos que hacen

imposible la asimilación de la vida psíquica por los medios normales, por el cual se origina la frustración, que al surgir, influye de tal manera que provoca el estancamiento de la libido produciendo una tensión psíquica. Frente a la frustración, el sujeto tiene la posibilidad de tomar dos posiciones diferentes; primero, la búsqueda de una solución que implique incrementar esfuerzos para alcanzar un fin, en este caso, tener motivación para poder desarrollar los ejercicios que deben de realizar en las diversas terapias; y como segunda posición, el sujeto puede llegar a ser dominado por la frustración, donde se originan diferentes cuadros sintomáticos que serán explicados a continuación.

Ahora bien, las relaciones sociales y la actividad laboral, que constituyen fuentes de satisfacción personal, quedan perturbadas. Frente a esto, se encontraron casos en que los pacientes con limitación física, manifestaban cuadros depresivos como una forma de reacción a la frustración originada por el hecho traumático, en que los síntomas son de alguna manera previsibles; esto de acuerdo a la magnitud de la lesión respecto a factores como edad, sexo, ocupación previa a la limitación física o nivel económico; ya que surgía la idea de no poder participar plenamente en las actividades cotidianas, esto generaba sentimientos de frustración, depresión o desvalorización, los cuales causaban un estancamiento en su desarrollo integral.

Así mismo se reconoció en algunos pacientes una excesiva dependencia hacia el familiar que lo acompañaba al área y debía atenderlo en el hogar. Frente a este



aspecto, tenemos que: *“La instalación de un déficit físico en un paciente, puede permitir el desarrollo de una neurosis traumática en cuyo caso aparecerán toda clase de fenómenos regresivos en la esfera de las pulsiones, así como en la del yo”*<sup>11</sup>. Se entiende por lo planteado, que estos fenómenos regresivos, se reflejaban al no poder lidiar él sólo, con sus necesidades vitales, necesitando del familiar para su realización. Observándose también en los familiares una molestia, por la dependencia del paciente hacia ellos.

Era evidente, la pérdida de autoestima, donde el sujeto en estado depresivo mantenía la idea de sentirse inferior a los demás, y no merecer o disponer del afecto de quienes lo rodeaban. Frente al estado depresivo, se desarrollaban una serie de síntomas complementarios como compulsiones, obsesiones o ideas de suicidio. La agresividad y los accesos de ira eran síntomas que también se presentaron en ciertos pacientes, que llegaban a ser mal tolerados por sus familiares, quienes respondían a su vez con actitudes hostiles. Se llegó a reconocer en ciertas personas, la interpretación de que su limitación física era el resultado de una culpa que debían de pagar, lo que llevaba a que dentro del proceso de rehabilitación que implicaba sacrificio y frustraciones al inicio, esta interpretación se hacía presente, y producía un estancamiento dentro del proceso.

---

<sup>11</sup> Guerrero Nora - Las aplicaciones de la psicología en la rehabilitación integral del impedido físico – Guayaquil –Dirección de Publicaciones de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil – 2005.

Así mismo se reconoce, que el estado de invalidez causa en pacientes malestares como por ejemplo, el sentirse desorientado, confundido o incompleto, ya que al producirse una ruptura de su esquema corporal, hubo una pérdida del marco de referencia, con el que se estructura la imagen, que les permitía diferenciarse de las otras personas, antes de pasar por la discapacidad física. Estos malestares mencionados ante la incapacidad, si bien solo podían conocerse a través de la palabra, originaban un bloqueo de las funciones del yo; por ejemplo, la posibilidad de obtener satisfacción dentro de lo que la realidad permite, en este caso quedaba suprimida, lo cual se reflejaba en la desmotivación para realizar las terapias, o volver a involucrarse en una vida socialmente activa.

Se puede mencionar en forma general que se pudo reconocer en el trabajo con quienes mantenían una limitación física, diversos cuadros neuróticos desencadenados por el trauma, que se reflejaban en la dificultad para asumir la adaptación a su situación actual, lo cual era el resultado de una predisposición de los pacientes a mantener regresiones narcisistas; así era frecuente encontrar mecanismos defensivos como la negación o el rechazo de los aspectos desagradables de su incapacidad física, formación reactiva, la conversión o el aislamiento. Además de los cuadros neuróticos, se evidenció en algunos pacientes cuadros psicóticos que fueron desencadenados por la limitación física, que se caracterizaban por vivir una alucinación que se alejaba de su realidad.

### **3.1. Forma del abordaje psicológico en pacientes del Área de Medicina Física y Rehabilitación**

Una vez que se han mencionado los diversos síntomas manifestados como respuesta a la invalidez, es indispensable hablar sobre la forma de abordaje psicológico, en relación al diagnóstico presuntivo; se estableció un espacio de palabra, para que el paciente exprese su malestar, tomando en cuenta su condición física y psíquica actual; por lo cual, se consideraba a las manifestaciones de depresión como normales y previsibles en relación a su situación, y necesarias para que ellos puedan aceptar su nueva condición; es decir, dicho reconocimiento debe ser considerado como un primer paso a la reorganización de su aspecto emocional, para así poder tener una mayor disposición frente al proceso de rehabilitación.

La forma de trabajo con los pacientes se daba por medio de entrevistas clínicas, donde el tratamiento se orientaba según lo enunciado por ellos. Esta fase del trabajo se daba de forma individual, es decir con el uno a uno; cada entrevista servía para que el paciente pueda mencionar cualquier tema que desee, siendo éste el eje de la forma de abordaje. Así mismo, era indispensable aplicar la ignorancia docta, para así evitar el prejuicio teórico, que podía obstaculizar el trabajo, manteniendo una posición de escucha a lo que el paciente expresaba, para que así, se pueda saber en qué momento intervenir, tomando en cuenta la

estructura clínica del sujeto como neurosis (histérica u obsesiva), o psicosis ordinaria, las cuales se deben de identificar a partir de las primeras entrevistas.

Las modalidad de intervención con los pacientes se debía de dar de tal manera que se recogen sus enunciados verbales, se los interpretaban y se los devuelven con una significación diferente, a lo que había mencionado; así mismo, dentro de las sesiones, se tomaba una parte de todo lo que el sujeto expresaba, para trabajar en función de ésta, como por ejemplo lo dicho con más frecuencia dentro de su discurso.

Dentro del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, se reconoció la importancia del trabajo a nivel psicológico no solo con los pacientes, sino también con los familiares que acompañaban a éstos al área, ya que tenían la necesidad de expresar su angustia al ocuparse del cuidado de sus familiares en el hogar, dejando de lado actividades que antes estaban acostumbrados a realizar; además, mantenían dificultades para poder sobrellevar los síntomas que tenían éstos, compartiendo así un malestar latente y frecuentes desencuentros dentro del espacio familiar.

Por esta razón a los familiares también se les ofreció un espacio de palabra, en entrevistas individuales y se organizaron Grupos Operativos, cuyo objetivo es

establecer un aprendizaje común partiendo de la experiencia de cada uno. Éste tipo de experiencia, tenía como fin mantener un ambiente favorable para mejorar las relaciones entre los miembros de la familia, y así bajar la intensidad de ese malestar en ellos.

## **CAPÍTULO 4**

### **4. INTERVENCIONES REALIZADAS EN PACIENTES CON LIMITACIÓN FÍSICA**

#### **CASOS CLÍNICOS**

##### **Primer Caso**

El presente caso trata de una paciente a quien se llamará Julia, de 21 años de edad, la menor entre dos hermanos. Su oficio consistía en coordinar eventos en una empresa, donde laboraba desde los 18 años; poco después de graduarse del Colegio hasta antes de su accidente; se encargaba de planificar y supervisar dichos eventos.

Su diagnóstico médico es cuadriplejía, originada por recibir un impacto de bala; en la zona cervical, tras un intento de asalto; en ese mismo hecho su esposo recibe otro impacto de bala que le causó la muerte, esta situación fue motivo para que volviese a vivir con su madre y hermano (su padre había fallecido cuando ella tenía 16 años de un ataque al corazón), se conoció que la paciente se casó a los 18 años y que su esposo se dedicaba al oficio de taxista. Frente a lo traumático del accidente, el personal del servicio de rehabilitación la derivó al servicio de psicología, aunque ella no hacía visible ningún tipo de malestar durante su asistencia a las terapias.

Una vez conocido el caso, se planteó como objetivo trabajar primero la pérdida de su esposo y segundo la aceptación de su limitación física. El trabajo con la paciente se realizó durante 15 sesiones. Lo característico de este caso es que si bien la paciente pudo elaborar la pérdida de su esposo en pocas sesiones, no pasó lo mismo con la aceptación de su limitación física; se necesitó de varias sesiones para que ella pueda aceptar su situación actual. Es necesario reconocer que ante este accidente, que le causó cuadriplejía, alteró totalmente su imagen corporal y consecuentemente toda su estructura yoica. Las manifestaciones sintomáticas se reflejaban en la tendencia de ella al aislamiento y a mostrarse irritable frente a sus familiares; fueron necesarias muchas sesiones para que la paciente pueda asumir y aceptar su limitación, lo cual manifestó un cambio de posición frente a sus familiares y en el deseo de reinsertarse en el trabajo que realizaba antes del accidente. Finalmente, ella y su madre, con quien también se trabajó, manifestaron no tener los desencuentros a los que habrían estado expuestos.

### **Segundo Caso**

El siguiente caso se refiere a una paciente a quien se llamará Sandra, de 38 años; la menor entre diez hermanos; Se desenvolvía laboralmente como maestra de primaria, actividad que llevaba realizando por 15 años, desde que terminó sus estudios superiores. Se conoció que la paciente tenía un hijo de 17 años que vivía, en su ciudad de origen, junto con sus abuelos, mientras ella debía de

permanecer en la ciudad, donde debía realizar las terapias. Sandra fue diagnosticada con esclerosis múltiple, que le impedía caminar con normalidad teniendo que usar un bastón como ayuda. Dicha enfermedad, considerada como mortal puesto que va atrofiando los músculos del cuerpo hasta llegar al corazón; en este caso fue detectada a tiempo, por lo que era necesario establecer un tratamiento rígido que implicaba el consumo de varias medicaciones prescritas y el cambiar sus hábitos alimenticios, además de realizar las terapias respectivas en el Servicio. Al tener que vivir fuera de su ciudad de origen, la paciente permanecía en el hogar de uno de los hermanos, quien junto a su esposa se encargaban de llevarla a la institución y la ayudaban con los ejercicios, que debía de realizar dentro del hogar. Respecto al padre de su hijo se conoció que estaba separada desde hace algunos años, y que solo se presentaba dos días a la semana para visitar al hijo. El señor era comerciante y según lo mencionado por la paciente, tenía problemas con el alcohol, lo cual motivó la separación.

Sandra fue derivada a recibir atención psicológica, debido a que lloraba frecuentemente, lo que complicaba el tratamiento de su enfermedad. Se trabajó con ella 10 entrevistas clínicas; en la primera entrevista, la paciente no dejaba de llorar y manifestaba no poder expresar su sufrimiento, porque la haría llorar más, se le indicó que hablar de su malestar subjetivo era necesario para establecer un punto de partida, para aceptar su condición actual. En el estado que se encontraba en la primera sesión, Sandra refirió que siempre fue vista, desde la infancia como “vulnerable”, por sus padres y hermanos; ya que padecía de asma,



por lo cual ella no participaba de los juegos entre los hermanos, se pasaba encerrada en su cuarto, sin que le permitieran salir. En las siguientes sesiones, la paciente mencionó haber crecido, dentro de un ambiente conflictivo; debido a que ella, su madre y sus hermanos eran objeto de maltrato físico y verbal por parte de su padre; quien era alcohólico, lo cual se volvió a repetir, cuando se casó con el padre de su hijo, quien también era alcohólico. Luego de mencionar las historias relacionadas con lo que pasó en su familia y en su matrimonio, la paciente llevaba al espacio psicológico, como dificultades para adaptarse al tratamiento de su enfermedad y para adaptarse al cambio de su hábito alimenticio; lo cual fue recomendado como necesario por las características de su enfermedad.

En este caso se puede reconocer que la dificultad para poder asumir su situación actual, es decir, su limitación física, estaba asociada a las situaciones conflictivas vividas en su infancia y en su matrimonio. Situaciones que no habrían sido elaboradas, sino hasta el momento en que recibió la atención psicológica. Luego de muchas sesiones Sandra pudo elaborar su vida pasada y su situación actual; se pudo observar un cambio de posición subjetiva al reconocer que su pasado y su enfermedad no son causa de su infelicidad; sino son circunstancias, que le han mostrado su fortaleza para seguir adelante. Sandra termina su proceso de rehabilitación en el I.E.S.S y regresa a su ciudad de origen.

## CONCLUSIÓN

1. El departamento de Medicina Física y Rehabilitación trabaja con un equipo multidisciplinario:
  - Médico Fisiatra
  - Terapista física
  - Terapia ocupacional
  - Terapia de lenguaje
  - Terapia psicológica.
  
2. Todos los miembros del equipo multidisciplinario tienen como objetivo rescatar los aspectos positivos del paciente con limitación física, desarrollando un programa comprensivo de asistencia, que busca rescatar al máximo sus capacidades residuales.
  
3. El trabajo psicológico consiste en el abordaje individual, con pacientes que asisten al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, para tratar la angustia que origina la limitación física por medio de la palabra y puedan así, asumir su situación actual; y con familiares para que puedan sobrellevar lo que implica cuidar a sus pacientes; también se realizó el trabajo de Grupos Operativos con familiares, con el fin de que puedan establecer un aprendizaje común partiendo de la experiencia de cada uno.

4. Los síntomas más frecuentes presentados en pacientes atendidos son los siguientes:

- Manifestación de cuadros depresivos como una forma de reacción a la frustración originada por el hecho traumático.
- Excesiva dependencia hacia el familiar que lo acompañaba al área y debía atenderlo en el hogar.
- Pérdida de autoestima, donde el sujeto en estado depresivo mantenía la idea de sentirse inferior a los demás, y no merecer el afecto de quienes lo rodeaban.
- Agresividad y accesos de ira frente a sus familiares y en ocasiones, frente al personal del departamento de rehabilitación.
- Cuadros psicóticos que fueron desencadenados por la limitación física.

5. Los tipos de intervención, realizados en pacientes con limitación física y familiares en el departamento de rehabilitación son:

- Entrevistas individuales, cuyo objetivo, es que se puedan subjetivar la incapacidad, así como también, trabajar en la historia del paciente, que determinará la respuesta frente a la limitación.
- Trabajo de Grupos Operativos, para que por medio de un tema en común de los participantes, se dé un aprendizaje común.

6. Como factores que obstaculizaban el trabajo psicológico con los pacientes, están:

- La falta de un espacio adecuado en la institución, para que se desarrolle trabajo a nivel psicológico con los pacientes.
- Tiempo limitado de quienes conforman el equipo multidisciplinario en el departamento de rehabilitación, para que se dé un mayor complemento dentro del trabajo con los pacientes.
- Dificultad para trabajar con algunos pacientes, quienes al tener que utilizar el servicio de transporte de la institución, que los recogía a una determinada hora, no alcanzaban a realizar todas las terapias previstas incluyendo la psicológica.

7. Dentro del trabajo a nivel psicológico con los pacientes, era indispensable, la identificación de las estructuras clínicas como neurosis (histérica y

obsesiva) o psicosis ordinaria, para así establecer formas de intervención en el trabajo individual.

8. El presente trabajo da cuenta de que, la presencia del psicólogo clínico dentro del equipo multidisciplinario, en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación; por medio de sus objetivos frente los pacientes y los familiares que los acompañaban, hace posible en el sujeto con limitación física, un aumento significativo en el desempeño dentro de las terapias que realiza.

#### **RECOMENDACIONES:**

- Que se establezca en futuras prácticas, la posibilidad de planificar de forma más anticipada, la realización de la tesis de titulación tanto en su forma como en su contenido.
- Brindar una mayor capacitación a los practicantes, de tal manera, que puedan aplicar las herramientas necesarias, para investigar los posibles temas que aporten a su trabajo de titulación.
- Dar al futuro practicante la posibilidad de exponer su trabajo de titulación, de tal manera que se fomente la capacidad para demostrar por medio de argumentos teóricos y de la experiencia dentro de la institución como psicólogo clínico, su consolidación como profesional.

## Bibliografía

- Álvarez Carlota - La limitación como injuria al cuerpo – trabajo de titulación Universidad Católica Santiago de Guayaquil – 2005
- Fundación del Campo Freudiano – El síntoma en la segunda tópica de Freud – El síntoma charlatán – Barcelona - Buenos Aires – Paidós – 1998
- Fundación del Campo Freudiano – La histeria : estructuras patológicas y estructuras de discurso – Histeria y Obsesión – Buenos Aires – Ediciones Manantial – 1986
- Fundación del Campo Freudiano. – La neurosis obsesiva dialecto de la histeria - Histeria y Obsesión – Buenos Aires – Ediciones Manantial – 1986
- Freud Sigmund - Inhibición síntoma y angustia – Obras completas – Barcelona – Editorial Biblioteca Nueva – 1997.
- Freud Sigmund - Los caminos de formación al síntoma (conferencia 23) – conferencias de introducción al psicoanálisis – Barcelona – Editorial Biblioteca Nueva – 1997.

- Guerrero Nora - Las aplicaciones de la psicología en la rehabilitación integral del impedido físico – Guayaquil –Dirección de Publicaciones de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil – 2005.
- Miller Alain Jacques – Cap VIII La Patología de la Conducta - La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica – Buenos Aires, Barcelona, México – Paidós - 2003.
- Ormaza María José - El Otro en la discapacidad – trabajo de titulación Universidad Católica Santiago de Guayaquil – 2010.
- Arenas, Cevallos, Vega y Miller, Jacques Alain – Cap IX más allá del síntoma – Psicoanálisis, cultura y malestares de la época – Quito – La palabra – 2008.
- Salinas Ivanny y Ortega Enola - Clínica de la Urgencia – trabajo de titulación Universidad Católica Santiago de Guayaquil – 1997.