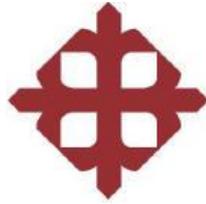


UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

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

**TEMA: PROPUESTA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A MADRES DEL
ÁREA DE PEDIATRÍA DE SOLCA.**

CRISTINA BARREDO OCHOA

DIRECTOR:

PSIC. ANTONIO AGUIRRE

2012

INDICE

INTRODUCCIÓN	iv
CAPÍTULO I. CONCEPTOS PREVIOS EN TORNO AL SÍNTOMA	6
- Lo Inconsciente	6
- El Síntoma.....	8
- Formación del Síntoma	9
- El trauma.....	12
- Fantasma	13
CAPÍTULO II. LA ENFERMEDAD Y EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA EN SOLCA.....	16
- Enfermedad Oncológica en Niños	16
- Generalidades sobre la Atención del Servicio de Psicología	18
- Limitaciones de la Atención a Niños y Problemáticas Frecuentes	19
- Limitaciones de la Atención a Familiares y Problemáticas Frecuentes .	21
CAPÍTULO III. EI PSICOANÁLISIS EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS	23
- Inclusión del Psicoanálisis Dentro de las Instituciones	23
- Limitaciones del Psicoanálisis en el Hospital.....	26
- La Demanda Hospitalaria	29
CAPÍTULO IV. LOS PRINCIPIOS Y LA TÉCNICA A APLICAR	31
- La Singularidad	31

- Asociación Libre	32
- Práctica de la Palabra	34
- Intervenciones sobre Formaciones del Inconsciente	35
- La Implicación de Otra Escena.....	37
- Los “Consejos al Médico” Aplicados en el Hospital	38
CAPÍTULO VI. CASUÍSTICA.....	42
ANÁLISIS DE LO DESARROLLADO POR MEDIO DE UN CASO CLÍNICO	42
CONCLUSIONES.....	47
BIBLIOGRAFÍA	49

INTRODUCCIÓN

El trabajo a continuación surge a partir de las prácticas finales de la carrera de psicología clínica realizadas en la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA). Estas prácticas tuvieron la duración de un año, en el que se pudo brindar atención a pacientes y familiares del área de pediatría.

El trabajo con los pacientes y familiares se desarrolla dentro de un margen hospitalario. Es importante reconocer que en el hospital el equipo médico va a trabajar en función a la mejoría de la salud física del paciente. Dentro de este marco se encuentra el reto de lograr una atención que apunte a un trabajo psicológico que además de lograr aportar en la medida de lo posible al equipo médico, favorezca también a las necesidades que cada persona manifieste. El estar dentro del medio hospitalario implica también que el paciente y los familiares se enfrentan a un discurso en el que el médico es quien tiene el saber de lo que ocurre. Cuando desde el trabajo del psicólogo se considera que es el propio sujeto quien tiene el saber de lo que le ocurre.

Es en este sentido en donde el psicólogo debe ubicar el malestar que nombra el sujeto como principal punto para iniciar un trabajo. Y es por esto que se entiende que en cada caso la técnica será la misma pero el trabajo ligado a lo singular de cada sujeto, a su síntoma.

La propuesta que se hace a lo largo de este trabajo toma como base conceptos psicoanalíticos, sobre todo principios de lo llamado psicoanálisis

aplicado. Dentro de las instituciones es necesario lograr aplicar los principios de la práctica y al mismo tiempo responder a lo que se le demanda al psicólogo.

A continuación se irá trabajando en qué sentido es posible utilizar estos principios en la realidad de las madres del área de pediatría. Se hará un análisis desde la experiencia realizada. Se puntualizará la forma en la que se introduce el psicólogo dentro del área hospitalaria y las dificultades particulares de la enfermedad oncológica para así luego poder plantear una propuesta de intervención psicológica con las madres de los pacientes del área.

CAPÍTULO I

CONCEPTOS PREVIOS EN TORNO AL SÍNTOMA

A continuación se desarrollarán algunos conceptos que son cruciales tener claro previo a la práctica de la clínica. Estos conceptos son tomados del psicoanálisis. Sosteniendo que la práctica que se propone en este trabajo apunta al síntoma es importante hacer una diferenciación de cada uno de ellos y poder reconocer cómo se relacionan.

Lo Inconsciente

Para lograr desarrollar el significado de síntoma es necesario tener una noción de lo que es lo inconsciente. Freud, desde el inicio de sus aportes va a sostener la existencia de lo inconsciente y los mecanismos que trabajan en torno al mismo. En el texto “Lo inconsciente”, va a justificar la presencia de esta instancia psíquica con algunas aseveraciones. Primeramente diciendo que *los datos de la consciencia son altamente incompletos* (Freud, 2008). La consciencia, por integrar aspectos que se dan en un momento específico, es muy limitada y no puede almacenar todos los contenidos psíquicos. Otro de los argumentos que da, es que en toda persona, y con mucha frecuencia, va a aparecer ciertos actos a los que no se les puede dar una explicación

consciente, a los que en un primer plano no se puede encontrar su justificación y origen. *Todos estos actos conscientes resultarán faltos de sentido y coherencia si mantenemos la teoría de que la totalidad de nuestros actos psíquicos ha de sernos dada a conocer por nuestra consciencia y, en cambio, quedarán ordenados dentro de un conjunto coherente e inteligible si interpolamos entre ellos los actos inconscientes, deducidos* (Freud, 2008).

Un mecanismo importante para comprender en qué consiste lo inconsciente es la “censura”. A lo largo de las teorizaciones de Freud, se van a ir cambiando algunos conceptos. Desde la primera tópica de Freud (Consciente, Preconsciente, e Inconsciente), *la censura es una función permanente: constituye una barrera selectiva entre los sistemas inconsciente*, por una parte, y preconsciente*- consciente*, por otra, y se halla, por consiguiente, en el origen de la represión** (Laplanche & Pontalis, 1996). Más adelante cuando introduce la segunda tópica (Yo, Súper Yo y Ello), se podría entender a la censura como el “Súper Yo”. Sin embargo se podría decir para resumir, que la censura desde cualquier punto de vista va a llevar contenidos inaceptables conscientemente hacia lo inconsciente.

Pero el hecho que haya contenidos inconscientes no quiere decir que sean contenidos débiles. Se han ubicado ahí a manera de defensa. Muchos de estos contenidos pueden tener una carga muy fuerte y es por eso que se produce un escape y se manifiestan. A estas manifestaciones de los contenidos inconscientes se les dará el nombre de “formaciones del

inconsciente”. Entre las formaciones del inconsciente se encuentran los sueños, el chiste, el acto fallido, el síntoma, el equívoco, etc.

Es necesario agregar que Lacan hace uso de la lingüística para caracterizar a lo inconsciente. Es así como dirá que el inconsciente está estructurado como lenguaje. En este sentido agrega que al igual que el lenguaje se va a regir bajo las leyes de la metáfora y la metonimia. Y sobre todo introduce el concepto de significantes. El inconsciente, dirá Lacan, está formado por una cadena de significantes.

El Síntoma

El síntoma es una formación de lo inconsciente y por lo tanto es del orden de lo fallido. Se va a formar en lugar de algún contenido que no se pudo manifestar en el exterior. *Ciertos procesos psíquicos que hubieran debido desarrollarse normalmente hasta llegar a la conciencia han visto interrumpido o perturbado su curso por una causa cualquiera, y obligado a permanecer inconsciente, han dado, en cambio, origen al síntoma* (Freud, 1971).

En la conferencia de “El sentido de los síntomas”, Freud va a decir que *los síntomas poseen un sentido propio y una relación con la vida de las personas en las que surgen* (Freud, 1971). Luego va a sustentar en la conferencia 23 cómo el síntoma es una satisfacción sustitutiva, es un modo de gozar. *Los síntomas son el efecto de un conflicto que aparece en relación con un modo*

de satisfacción de la libido que busca la descarga al modo de organizaciones anteriores. La libido regresa a las fijaciones establecidas en otro tiempo (Díaz, 2002).

Desde Lacan se va a seguir sosteniendo que el síntoma es una formación del inconsciente pero se va a agregar que así como lo inconsciente, el síntoma está estructurado como lenguaje. Lacan le va otorgar tres rasgos al síntoma. Primero, el síntoma como signo ya que va a representar algo para alguien. Segundo, el síntoma como significante, *en tanto experiencia involuntaria para el sujeto (fuera de la consciencia), que no significa nada para él (simplemente es) y que va a aparecer ligado al concepto de repetición* (García, 2010). Es por esto que el sentido del síntoma va a estar ligado a la historia de cada sujeto. Y finalmente el síntoma como mensaje. El síntoma comunica algo y está dirigido a un Otro. Sin embargo este mensaje tiene un significado cifrado y esto produce que el mismo sujeto desconozca qué es lo que el síntoma quiere decir.

Formación del Síntoma

El síntoma se forma de una manera compleja. En esta formación del síntoma van a relacionarse algunos factores de la persona. Y aún así no podemos considerar la formación de un síntoma como una acumulación de factores ya que la forma en la que se conjugan también es importante. Freud, en su conferencia 22, va a empezar a explicar cómo se relacionan estos

elementos y denomina a estas relaciones “series complementarias”. Él menciona cuatro series agrupadas sobre todo dos. Un factor interno o de predisposición y uno externo o privación (Freud, 1971).

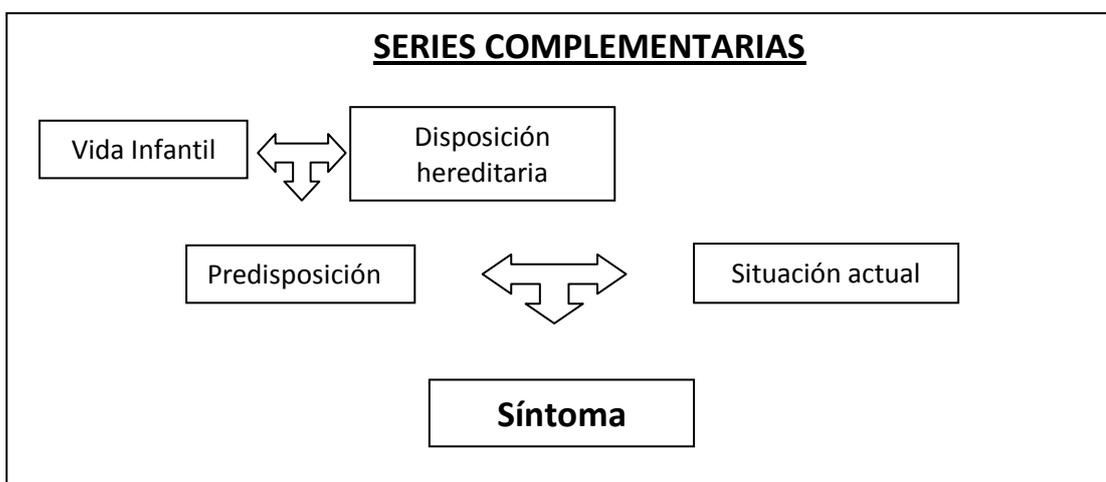
Freud retoma la explicación sobre las series complementarias en una siguiente lección: “Modos de formación de síntomas” y va a hacer una descripción un poco más detallada de cada factor. En cuanto al factor de predisposición lo llama también factor constitucional, el cual está formado por la conjugación de dos series que se explicarán primeramente: la “disposición hereditaria” y la “disposición adquirida en la primera infancia”.

Freud explica la disposición hereditaria o sucesos prehistóricos como *efectos lejanos de sucesos vividos por nuestros ascendientes, caracteres adquiridos y transmitidos por la herencia* (Freud, 1971). Este factor contiene todos aquellos aspectos hereditarios y congénitos. Es decir aquellos con los que el ser humano va a traer consigo al momento de nacer. Por un lado lo transmitido genéticamente y lo adquirido en los meses de gestación, y por otro el conjunto de circunstancias dentro de las que nace la persona. La persona nace dentro de una determinada familia, e incluso en un momento preciso. Y todo esto va a ser significativo para él.

En cuanto a la disposición adquirida en la primera infancia, se puede decir que es el conjunto de situaciones por las cuales atraviesa la persona a temprana edad y cómo la persona ha ido significando cada una de ellas. Se *concede a los sucesos infantiles una particular significación, pues por el*

hecho de producirse en una época en la que el desarrollo del sujeto se halla todavía inacabado, traen consigo más graves consecuencias y son susceptibles a una acción traumática (Freud, 1971).

La cuarta serie complementaria es la “situación actual”. Este factor va a estar dado por alguna circunstancia actual específica que afecta a la persona. Se puede decir que es un factor desencadenante en tanto es el último factor que actuando sobre la predisposición va a producir el síntoma.



Es en el conjunto de todos estos aspectos en el que se forma el síntoma. No se puede decir que un factor sea más importante que el otro. Por un lado se puede afirmar que existen situaciones actuales que pueden representar una carga muy grande. En estos casos se podría pensar que sin importar la predisposición, va a producir algún tipo de síntoma. Y por otro lado podría haber una predisposición que daría pie a pensar que con cualquier tipo de situación actual va a generar un síntoma. Cualquiera que fuere el caso, es indispensable considerar cada uno de los factores. Aun cuando se pueda

asegurar que se producirá algún síntoma, es en la conjugación de todos los factores en la que se forma un síntoma específico y no otro.

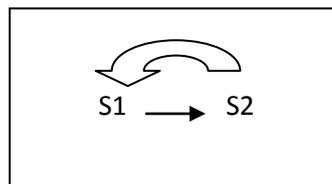
El trauma

En cuanto a la situación actual, como se había dicho anteriormente, es aquella que va a desencadenar el síntoma. En ese sentido se puede decir que es un acontecimiento que actúa como traumático.

El trauma es el efecto producido por un acontecimiento específico. Aparece un incremento de energía o excitaciones excesivas que superan lo que el sujeto puede tolerar. Al no tener la capacidad de controlarlas y elaborarlas provocan perturbaciones, trastornos o efectos patógenos duraderos.

En el diccionario de psicoanálisis de Laplanche y Pontalis, se va a explicar que *lo que confiere al acontecimiento su valor traumático son determinadas circunstancias específicas: condiciones psicológicas en las que se encuentra el sujeto en el momento del acontecimiento, situación efectiva que dificulta o impide una reacción adecuada y finalmente, sobre todo, según Freud, el conflicto psíquico que impide al sujeto integrar en su personalidad consciente la experiencia que le ha sobrevenido (defensa)* (Laplanche & Pontalis, 1996).

En la vida del sujeto no habrá una sola situación traumática sino varias. Es en la revisión de cada uno de estos eventos que se puede ver que hay algo que se repite. Freud explica que todo trauma tiene dos tiempos. El primero se da en la infancia y el segundo en la pubertad. Es en el segundo tiempo donde se produce el efecto traumático. Es por esto que se puede decir que el trauma siempre es *après coup*. En otras palabras, existe una primera escena (S1) que al inicio no es vivida como traumática. Luego aparece una segunda escena (S2) que va a hacer cobrar el sentido a la primera y es ahí cuando adquiere el carácter de traumático.



También se puede argumentar que esta primera escena se ubica como traumática en tanto existe una “falta de sentido”, es por esto que el trauma se ubicaría como un mal entendido.

Fantasma

El concepto de fantasma es introducido por Lacan. Consideró que este concepto era más apropiado para lo que Freud denominaba “fantasía”.

Freud en una de sus cartas a Flies va a decir que considera que el análisis debería siempre apuntar a las escenas primordiales. Y que en algunas

ocasiones el sujeto las cuenta directamente y en otras las va a contar por medio de una “fantasía”. Es por esto que *las fantasías son unos parapetos psíquicos edificados para bloquear el acceso a esos recuerdos* (Freud, PsicoPsi, 2006-2012). También agrega que estas fantasías pueden modificar los recuerdos a partir de lo que ha sido oído luego por el sujeto y al darle valor genera una propia escena.

Lacan va a explicar el concepto de “fantasma” con una fórmula que incluye dos conceptos más propuestos por él.

$$\$ \langle \rangle a$$

Lacan designa con esta fórmula la relación del sujeto del inconsciente (sujeto barrado) con el objeto causa del deseo (objeto a), indicando una relación estable del sujeto con aquello que lo causa en su deseo y, por ende, lo divide (Fuentes, 2009). Es mediante este aporte de Lacan que se puede afirmar que el fantasma la respuesta del sujeto frente al enigma del deseo del Otro.

El fantasma va a estar representado siempre por una escenificación, en algunos casos no es fáctica, no ha ocurrido. Pero el sujeto escenifica esto para responderse a la pregunta del deseo del Otro. En otros casos una escena fáctica puede dar esa respuesta al sujeto.

En cuanto a la conjugación de los conceptos desarrollados se puede decir que a partir de un hecho vivido para el sujeto sin sentido y con un carácter

traumático, el fantasma va a dar una respuesta al sujeto ante este enigma. Esta respuesta no lo va a cubrir todo, y a partir de ese resto es que se puede decir que se produce el síntoma.

CAPÍTULO II

LA ENFERMEDAD Y EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA EN SOLCA

Enfermedad Oncológica en Niños

Sin procurar profundizar, es importante tener conocimiento de algunos aspectos de la enfermedad oncológica para poder luego plantear una forma de trabajo psicológico con las mamás de los pacientes de pediatría. El trabajo con los pacientes y familiares se desarrolla dentro de un margen hospitalario en donde se va a trabajar en función a la mejoría de la salud física del paciente.

El cáncer es una enfermedad muy riesgosa y se puede manifestar de diversas maneras. Esta enfermedad avanza de manera progresiva y requiere una atención médica continua. Se marca una gran diferencia entre los distintos tipos de cáncer que se pueden encontrar en cuanto al pronóstico de cada uno y sus tratamientos. Por un lado están las células que forman tumores malignos externos o internos y por otro los que se desarrollan en una leucemia o linfoma.

En cuanto a los tratamientos, van a variar dependiendo del tipo de cáncer. Este punto es particularmente importante cuando se trabaja con los pacientes ya que los tratamientos para la enfermedad generan efectos que afectan el

estado anímico del paciente. Y afectan a los familiares en tanto ellos estarán más pendientes de los cuidados que requiera el paciente.

Entre los tratamientos más comunes contra el cáncer está la quimioterapia, en la que el paciente recibe la medicina de manera intravenosa. En los días en los que se está recibiendo esta medicina, el paciente va a presentar síntomas médicos como náuseas, baja de defensas, caída del cabello, diarrea, entre otros. Otro de los tratamientos que se utiliza es la radioterapia, en la que se usa ondas de energía para destruir las células malignas. Este procedimiento también afecta a la disposición física del paciente produciendo una especie de cansancio o fatiga.

Por otro lado hay situaciones en las que se recurre a una cirugía para extirpar algún tumor y en algunos casos la amputación de algún miembro. En este caso a pesar que la cirugía los indisponga 1 día, esto genera una carga muy significativa por lo que hay que prestar particular atención en la etapa de pre operatorio y post operatorio. Y finalmente hay algunos casos como en la leucemia en la que se realiza un trasplante de médula.

Cuando el paciente en pediatría ingresa por primera vez su internación es más prolongada. Dentro de este tiempo puede estar en observación o va a recibir los dos primeros tratamientos mencionados con anterioridad. Y en los otros ingresos la cantidad de días varía dependiendo del tipo de tratamiento que requiera, su estado de salud, etc.

Existen circunstancias en las que el paciente no está recibiendo ninguno de estos tratamientos y está en un proceso de exámenes y procedimientos para definir el tipo de cáncer. También es posible que se encuentre internado para mejorar condiciones para poder recibir algún tratamiento.

Generalidades sobre la Atención del Servicio de Psicología

Dentro del área de pediatría se ofrece el servicio de psicología tanto a los pacientes del hospital como a los familiares de ellos. Se ofrece un espacio de palabra en el que la persona pueda hablar de aquello que le aqueje y trabajarlo. Las problemáticas sin duda son distintas, por lo que es importante poder dar una atención particular a cada persona trabajando con lo que ella traiga. Después de ofrecer el servicio, si la persona lo desea se continúa con un trabajo más continuo. La atención se da en las salas de hospitalización y en caso de que se lo solicite se puede dar en el consultorio de consulta externa.

En general van a haber dos variables que afectan al trabajo por el hecho de darse en un hospital.

Por un lado la prolongación del trabajo. Este factor va a estar vinculado al tiempo en el que el paciente esté internado en el hospital o tenga que acudir para algún tratamiento. En el momento en que el paciente es dado de alta, se

va a discontinuar el trabajo psicológico también y se lo retomará cuando él tenga que regresar por alguna situación médica.

Por otro lado el lugar en el que se desarrolla. Los alcances del trabajo serán distintos cuando las entrevistas se desarrollan en las salas de hospitalización a cuando se desarrollan en el consultorio del hospital. Incluso en ambos casos será distinto a si se desarrollan en un consultorio externo al hospital.

A continuación se va a explicar las limitaciones que se encuentran al momento de trabajar con los pacientes así como con sus familiares en las salas de hospitalización.

Limitaciones de la Atención a Niños y Problemáticas Frecuentes

La posibilidad del trabajo directo con los niños va a variar según la edad. Al ser una práctica de la palabra se entiende que es necesario que la persona con la que se trabaje tenga la posibilidad de poder comunicar con palabras lo que desee y sostener un discurso. En este sentido cuando el niño aún no puede hacer esto, no se puede realizar un trabajo directo con él.

Con aquellos niños con quienes se puede trabajar es importante que se genere una demanda propia. Aun cuando alguien del personal del hospital o

algún familiar solicite el servicio, hay que tener claro que el paciente es el niño, por lo que se trabaja con la queja que él presente.

Existen ciertas limitaciones en el trabajo psicológico con los niños en el momento en que están hospitalizados. Estas limitaciones están relacionadas al tratamiento ya comentado previamente. Por un lado hay que considerar el tiempo que estarán hospitalizados, ya que este podría ser corto y por otro en varias de las visitas que se hace es posible que el paciente se encuentre dormido o que no esté en condiciones para hablar. Por otro lado es posible que estén en algún chequeo médico o en algún procedimiento. Esto trae como consecuencia que la cantidad de sesiones realizadas sean muy limitadas. Es por esto que el psicólogo debe realizar visitas constantes e intervenir en los momentos en los que sea posible hacer una entrevista.

Hay varias circunstancias que afectan a los niños mientras están hospitalizados, agravando lo que de por sí conlleva sobrellevar la enfermedad. Entre ellas está el hecho de dejar de tener sus actividades cotidianas como la escuela. Además de esto, el dejar a su familia, ya sean hermanos, primos, padres, etc. Por otro lado los efectos secundarios de algunos medicamentos, como la caída de cabello. También el ambiente cotidiano de ver las situaciones graves de otros pacientes. Las constantes visitas de los médicos y en ocasiones el estar solos debido a que sus papás están haciendo algún trámite.

Limitaciones de la Atención a Familiares y Problemáticas Frecuentes

Por lo que conlleva la enfermedad de los pacientes, la situación de las personas que están alrededor de ellos también es afectada. Es importante considerar la relación que tiene el familiar con el paciente ya que esto también va a influir en cómo él vive esta situación. En pediatría por lo general estará cuidando al paciente alguno de sus padres o abuelos. Sin embargo en el desarrollo del trabajo se trabajará específicamente sobre la atención a las madres.

Las limitaciones en el trabajo con las madres son distintas a la del trabajo con los niños. Por un lado existe una gran cantidad de trámites que tienen que realizar en el día para obtener medicamentos o algún tipo de tratamiento. Estas gestiones que tienen que realizar en el hospital producen que no se encuentren en las salas con frecuencia. Y por otro lado hay momentos en los que tienen que atender a sus hijos por algún malestar que tengan ellos. Por lo que al igual que con los niños es necesario estar pendientes en qué momento es posible tener una entrevista con ellos.

Existen ciertas problemáticas que son más frecuentes en las madres de los pacientes de pediatría además de la angustia por la enfermedad de su hijo. Una de ellas es lo económico, no poder cubrir el costo de los medicamentos y tratamientos que se requieren. Por otro lado el no saber cómo comunicar al paciente aspectos relacionados a la enfermedad. Otro es el no saber cómo poner límites a los niños debido al temor de perjudicar más

la enfermedad del paciente. Y finalmente las situaciones que tienen que dejar en sus hogares por estar la mayor parte del día en el hospital.

CAPÍTULO III

EL PSICOANÁLISIS EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS

Inclusión del Psicoanálisis Dentro de las Instituciones

Dentro de la práctica psicoanalítica se ha cuestionado si el psicoanálisis se debería o no aplicar a las distintas instituciones para así poder ofrecerlo a más personas. En sus últimos trabajos Freud ya hablaba de que era necesario poder aplicar el psicoanálisis dentro de otros dispositivos. Sin embargo aún en la actualidad se puede percibir discusiones de lo que es o no psicoanálisis, y de una confrontación de lo que se llamaría el “psicoanálisis puro” y el “psicoanálisis aplicado”.

J.A. Miller sostiene que el psicoanálisis como se desarrollaba en sus inicios no duraría por mucho tiempo si se lo continúa ofreciendo únicamente en esa forma. Por lo que propone que *hay que avanzar en el campo social, en el campo institucional y prepararnos a la mutación de la forma del psicoanálisis* (Miller J.-A., 2004). Es por esto que se ve la necesidad de analizar la forma en la que se puede dar una práctica con los principios psicoanalíticos en los distintos dispositivos institucionales en los que se lo requiera.

Es preciso también aclarar que el psicoanálisis puro se va a seguir desarrollando, y se ve muy necesario que sea así. Pero Miller va a proponer que en su mayoría esto se dará para la formación. Él comenta su hipótesis de que *hay una forma del psicoanálisis que continuará, una forma de consultorio, una forma privada. Y hay una forma de psicoanálisis que pasará por las instituciones. El ejercicio terapéutico del psicoanálisis tendrá tendencia a concentrarse en la institución, la formación se hará en el consultorio* (Miller J.-A., 2004).

En sus trabajos referentes a este tema Miller va a sostener que incluso no se debería hacer una diferenciación tan grande entre el puro y el aplicado. Sino entre estos dos y la psicoterapia. Va a decir que los analistas se deberían de preocupar más para que el psicoanálisis aplicado a la terapéutica *siga siendo psicoanálisis, que sea un asunto de psicoanálisis, que sea el psicoanálisis como tal en tanto que aplicado* (Miller J.-A.).

En cuanto al psicoanálisis puro se entiende que es aquel que va a apuntar al fin del análisis y de parte de un analista se va a utilizar todos los medios para lograrlo. Este se mantendría como se realizaba en sus inicios y el que se utiliza también para la formación de analistas. El psicoanálisis aplicado no va a apuntar a llegar al fin del análisis, ni mucho menos a formar a un analista. En esta práctica se va a apuntar al síntoma y con esto se entiende que va a utilizar un mismo referente teórico que el puro. Y el síntoma siendo lo más particular del sujeto va a llevar a una práctica del caso a caso.

El psicoanálisis aplicado también se va a dar fuera del dispositivo analítico y podría ser que no cumpla con todas las condiciones terapéuticas. Es así como en el medio se intenta aplicar en los colegios, escuelas, juzgados, hospitales *y en todas aquellas condiciones en que por fuera del discurso analítico el analista pueda hacer lugar a la singularidad del sujeto, aun cuando no se trate de la iniciación de un análisis* (Rubinstein, 2003).

En cuanto al psicoanálisis dentro del ámbito médico específicamente, Lacan en una conferencia durante una mesa redonda va a hacer una precisión del lugar que ocupa el analista en este dispositivo. Menciona que cuando habla sobre la *posición que puede ocupar el psicoanalista, es que actualmente es la única por la que el médico pueda mantener la originalidad de siempre de su posición, es decir, la de aquél que tiene que responder a una demanda de saber* (Lacan, 2008). Y dentro de la posición del analista, se implica tener claro que el saber está del lado del sujeto.

Es necesario resaltar que todo análisis ya sea puro o aplicado va a partir de un síntoma, de alguna queja que el sujeto manifiesta. Es por esto que en ambos hay que generar una demanda del propio sujeto para poder hacer un trabajo.

Limitaciones del Psicoanálisis en el Hospital

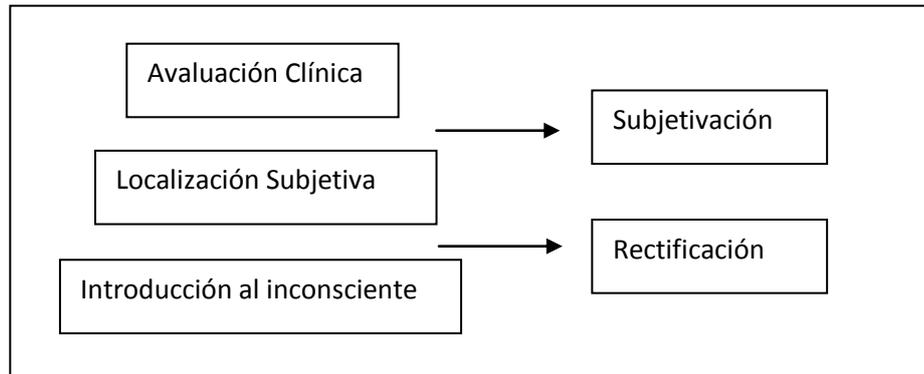
A pesar de los esfuerzos que se han realizado a lo largo de los años por la búsqueda de una mayor aplicación de la técnica analítica, es claro que no se puede hablar de una aplicación del psicoanálisis puro dentro del dispositivo médico. Existen ciertos principios del psicoanálisis que no se pueden aplicar en las instituciones médicas. Incluso en la atención a familiares esta técnica quedaría limitada. Todos estos factores van a influir impidiendo que se pueda desarrollar la técnica analítica a cabalidad.

Lo primero que se puede puntuar es en cuanto a la demanda. En el análisis hay un sujeto que solicita un trabajo. El primer trabajo que se hace con la persona es generar esa demanda. Dentro del hospital hay muchas modalidades en las que se puede dar inicio a un trabajo. En todas ellas en un principio es el psicólogo quien se acerca a la madre del paciente ofreciendo el espacio. Lo que varía son las respuestas a esta oferta. La más frecuente se da cuando la persona acepta el espacio, y habla con la persona del servicio de psicología en los momentos en los que este se acerca a la sala en donde se encuentra hospitalizado su hijo, sin embargo solicita que continúe con el trabajo. Existen otros casos en donde la persona dice aceptar la oferta, pero no hay una petición de un trabajo continuo, y en general mantiene las entrevistas de manera muy limitadas. La más ideal sería que la persona desee tener algunas citas en el consultorio, sin embargo es la que menos frecuente se da. Sin duda la persona que acude al consultorio hace un esfuerzo mayor a la que no lo hace, pero es notable la diferencia con la asistencia a un consultorio fuera del hospital.

En cuanto al tiempo, se ha sabido que concluir un proceso analítico lleva mucho tiempo. Sin embargo en la historia de los casos del psicoanálisis se encuentran curas con duraciones totalmente diversas. Han existido casos de muchos años, así como casos de limitadas sesiones. Lo que debe prevalecer es que no exista una norma estandarizada en cuanto al tiempo. *Una cura se prolonga hasta que el analizante esté lo suficientemente satisfecho de la experiencia que ha hecho como para dejar al analista. Lo que se persigue no es la aplicación de una norma sino al acuerdo del sujeto consigo mismo* (Laurent, 2006). En el hospital las sesiones van a estar íntimamente ligadas al tiempo de hospitalización del paciente. La prolongación del trabajo será la misma que la hospitalización. Se discontinuará mientras el paciente esté fuera del hospital y se retomará al momento en el que el paciente vuelva a ingresar. Es sumamente importante considerar el factor del tiempo. Hay intervenciones, señalamientos, e interpretaciones que en un proceso analítico se deberían de realizar sabiendo que va a haber un tiempo prolongado para trabajarlos. Pero que en el hospital no se las puede hacer. Pueden generar un efecto contraproducente al no poder sostener el trabajo. Generar una mayor angustia que luego no va a ser trabajada.

Por otro lado para poder llegar a un análisis Miller propone tres niveles necesarios. La evaluación clínica, la localización subjetiva y la introducción al inconsciente. Va a decir que *cada nivel entra en el siguiente, sin haber una separación completa de cada uno de ellos, pues en realidad se superponen* (Miller, 1997). Sin embargo va a incluir a la subjetivación como vínculo entre

la evaluación clínica y la localización subjetiva. Y la rectificación como vínculo entre la localización subjetiva y la introducción al inconsciente.



La evaluación clínica es poder reconocer mediante las primeras entrevistas si el caso que se está atendiendo es un caso de neurosis, psicosis o perversión. La localización subjetiva se da al identificar cuál es la posición que el paciente toma frente a lo que dice. Y finalmente mediante la rectificación subjetiva se puede dar una introducción al inconsciente cuando el paciente reconoce que hay cierta responsabilidad en lo que le ocurre. Es a partir de esto que se puede dar inicio a un trabajo de lo inconsciente.

Es posible que en algunos casos en el hospital se dé una subetivación, pasando a la localización subjetiva. Pero llegar a una rectificación e introducción al inconsciente es sumamente difícil por en el tiempo irregular que se tiene. Y en el caso en que se logre hacer una rectificación, ocurrirá que será pronto al término de la hospitalización.

Otro aspecto es la transferencia. Al inicio la persona va a responder a las preguntas que el psicólogo hace desde la autoridad. Después efectivamente

sí se puede generar un vínculo distinto. Sin embargo este lugar que debe ocupar el psicólogo debe de permitir sobre todo la posibilidad de la manifestación del inconsciente, con la mayor libertad posible. *Por ello, la sesión analítica no soporta ni un tercero ni su mirada desde el exterior del proceso mismo que está en juego. El tercero queda reducido a ese lugar del Otro* (Laurent, 2006). En el hospital, como se mencionó antes, la mayoría de entrevistas se dan en las salas de hospitalización. En estas salas se encuentran otros pacientes, familiares, enfermeras, etc. Y a esto se agrega la interrupción momentánea de la sesión por algún médico que va a revisar al paciente o de alguna enfermera en atenciones como cambiar alguna medicina. Claramente este aspecto no se manifiesta cuando se hace uso del consultorio.

La Demanda Hospitalaria

Al trabajar dentro de un hospital siempre va a ser necesario conocer cómo este funciona y tener claro qué es lo que se le pide al psicólogo. Por esto puede variar en cierto sentido el trabajo en varios hospitales. No se va a hacer una profundización acerca del hospital en el que se trabajó pero se pueden analizar ciertas generalidades.

En cuanto a los pacientes a los que los médicos derivan a psicología serán aquellos que por un lado tienen un mal pronóstico médico y hay un temor de cómo el paciente vaya a recibir la noticia. Y por otro aquellos que

van a ser intervenidos quirúrgicamente, para que el psicólogo los “prepare”. De la misma manera preocuparán los pacientes que no desean recibir el tratamiento. Existen casos en los que el paciente puede producir algún tipo de malestar por las quejas que tiene. Es cuando se ven estas condiciones que afectan directamente al tratamiento u hospitalización cuando se acude al servicio de psicología.

Con respecto a los familiares, la derivación va a ser mucho más escasa. Sí se dan los casos en los que alguna madre está muy “alterada” por la situación de su hijo y los médicos ven necesario que el psicólogo intervenga.

Después de atender a estos pacientes y/o familiares, el hospital solicita al servicio registrar virtualmente algún diagnóstico. Y es en este punto en donde se busca la manera de responder a lo que solicita pero cuidando siempre en cumplir con la confidencialidad de lo que el sujeto dice.

Lo importante es abrir un espacio dentro de esto que se le pide al psicólogo para poder realizar una práctica apuntando a lo inconsciente, a la implicación de algo más que da sentido a lo que se vive en la situación actual. Desde lo que se trabajó, sí se pudo ver la posibilidad de lograr producir este espacio, aunque no es lo que se le demanda al psicólogo.

CAPÍTULO IV

LOS PRINCIPIOS Y LA TÉCNICA A APLICAR

A pesar de haber mencionado con anterioridad que dentro de la institución hospitalaria no se puede dar una práctica analítica, sí se puede hablar de una práctica con referentes psicoanalíticos. Se puede hablar de una técnica con principios del psicoanálisis. Y sobre todo entendiendo la práctica desde conceptos utilizados por el psicoanálisis, como lo inconsciente, trauma, etc.

Como preámbulo a cualquiera de los principios que se desarrollarán a continuación, se tiene en cuenta la existencia de lo inconsciente. La técnica que se utiliza va a apuntar siempre a los contenidos inconscientes.

La Singularidad

Uno de los aspectos fundamentales es que cuando se apunta a lo inconsciente, se entiende que el malestar manifestado por el paciente tiene algo detrás. Y por medio de las series complementarias se puede ver que hay varios aspectos que se conjugan para producir un síntoma y luego un malestar. Es por esto que frente a dos personas que tengan un mismo malestar no se puede conjeturar que el motivo será el mismo ni la forma de su solución. El trabajo se realiza desde la singularidad. Se trabaja caso a

caso. Es por esto que el psicoanálisis propone principios mas no herramientas. Estos principios de trabajo sí se pueden realizar en la mayoría de los casos. Pero se sostiene que en contenido, no habrá un caso igual al otro. Es por esto que el saber en torno al caso, se otorga al paciente, no al psicólogo.

Dentro del hospital las madres tienen algo en común: un hijo con una enfermedad oncológica. Sin embargo no se puede decir que la situación de cada una de ellas es la misma. Tampoco se puede afirmar que las intervenciones que necesitan desde el servicio de psicología sean las mismas. Es por esto que no se trabaja direccionando las sesiones hacia esa particularidad de la enfermedad. Se intenta salir de esa temática y trabajar con lo que la persona considere necesario, con aquello que realmente le está preocupando y en la modalidad en la que le preocupa. Es necesario considerar cada uno de los aspectos de esa persona en singular.

Asociación Libre

Primeramente hay que hacer referencia a la principal regla que propone Freud desde el inicio de sus trabajos y a la contrapartida de la misma. La regla fundamental es la “libre asociación”. Mediante esta regla se le pide al paciente que comunique todo lo que se le vaya ocurriendo y en el momento mismo en que lo piense. Se le pide que no haga restricciones del material que vaya a proporcionar. Y la regla para el analista que se liga a la anterior

consiste simplemente en no intentar retener especialmente nada y acogerlo todo con una igual atención flotante (Freud, 2008). Es necesario retener todo lo que comunica el paciente sin hacer selecciones de algo. De esta manera se evita que el analista pueda conducir las sesiones por influencia de algún aspecto de su inconsciente.

Es necesario entender que dentro del hospital las madres van a estar acostumbradas a otro tipo de entrevistas. Los miembros del hospital hacen preguntas cerradas. Todas las preguntas relacionadas a la enfermedad del hijo exigen una respuesta concreta. Además va a primar un rol de autoridad. El médico pregunta, la persona tiene que responder. El psicólogo debe de salir un poco de ese rol autoritario. Una persona que no va a preguntar concretamente por la enfermedad. No va a preguntar concretamente por nada. Permite a la madre hablar de lo que desee.

Se va a procurar en todo momento cumplir lo más fielmente la regla fundamental. No se la comunica al paciente de manera tan específica, sino por medio de indicaciones como “cuénteme alguna cosa en la que ha estado pensando”, o “cuénteme alguna cosa de usted”. Por lo general la primera vez que se hace este tipo de preguntas se puede percibir cierta extrañeza o dificultad para responder. Y se va a recibir muchas veces una respuesta como “¿Pero como qué le cuento?” a lo que se le responde “lo que usted desee, cualquier cosa”. Frecuentemente es después de esta segunda indicación a partir de la cual el paciente va a iniciar a relatar cualquier cosa. Es crucial para poder mantener esta indicación que cualquier intervención de

parte del psicólogo sea lo más ambigua posible. No introducir palabras del psicólogo evita que sea él quien conduzca la sesión y permite que sea en una mayor proporción el mismo paciente con lo que se le vaya ocurriendo.

Práctica de la Palabra

Dentro de los principios propuestos durante el congreso de la AMP en Comandatuba en el 2004, se va a ver que el primero de ellos inicia diciendo “El psicoanálisis es una práctica de la palabra” (Laurent, 2006). Con esto se entiende que la “herramienta” de trabajo es el discurso del paciente. Lo esencial va a ser siempre lo que el sujeto dice. Y a esto se responde también por medio de la palabra. Es así como Freud habla de “la cura por la palabra”.

Jaques Alain Miller va a desarrollar que dentro del discurso se encuentran varias dimensiones. Es necesario hacer un pasaje de la dimensión del hecho a la del dicho. Es decir, lo que primero cobra importancia no es lo que le ocurrió a la persona sino cómo lo dice. Hay que prestar particular atención a los significantes que utiliza para nombrarlo.

Dentro de lo que el paciente relata hay que resaltarle la importancia de las palabras que utiliza. Cuando se da la repetición de alguno de estos significantes y el psicólogo lo señala, el sujeto puede reconocer que hay un motivo por el cual se repite. *Hay que presentar al sujeto su propio dicho* (Miller, 1997). Y luego comprender que más allá del dicho está el decir. El

decir será la posición que tiene el sujeto en relación a ese dicho. Y en cuanto a las intervenciones que se hacen es necesario que el sujeto pueda considerar la posibilidad de que haya un cambio de su posición frente al dicho.

Es importante que la persona tenga en cuenta la diferencia entre el dicho y el decir. *De esta manera se puede notar la posibilidad de una modificación de una posición subjetiva con relación al dicho* (Miller, 1997).

Intervenciones sobre Formaciones del Inconsciente

En cuanto a las intervenciones que se realizan se va a apuntar a lo inconsciente. Dentro del discurso de la persona se pueden percibir lo que se nombró previamente como “formaciones del inconsciente”. Hay que prestar particular atención a estas manifestaciones. En algunos casos poder señalarlas y en otro aunque no se las señale el psicólogo debe de tenerlas presente. Se va a encontrar frecuentemente en los relatos las siguientes formaciones: La repetición, el equívoco, y la dificultad.

En cuanto a la repetición se podrá percibir que dentro del relato va a haber significantes que aparecen con frecuencia. De manera imperceptible para el sujeto. Es ahí, donde hay algo que insiste en donde se puede decir que el inconsciente habla. Cuando el psicólogo hace notar esta repetición del significante el sujeto puede entender que hay un sentido detrás de lo que él

mismo dijo. Un sentido, no dicho conscientemente. En ocasiones es posible que en ese momento no descubra el sentido, sin embargo lo importante es que pueda reconocer que hay algo más.

La dificultad también se presenta dentro del relato. Se da cuando el sujeto hablando continuamente de algo hace un cambio en la forma en la que lo dice. Hay un detenimiento porque no sabe cómo decirlo o hay una disminución del tono de voz. La persona se imposibilita de decir. Entendemos desde el psicoanálisis que ahí en donde hay dificultad para nombrar hay un acercamiento a lo Real y también un acercamiento al trauma. La intervención va del lado de resaltar la palabra dicha con dificultad. Al escuchar el relato se va a tomar suma importancia a los significantes, a la palabra específica. De manera que resaltando únicamente la palabra se pasa del significado a lo que contiene ese significante. Es importante que frente a esta dificultad no se coloquen palabras, sino permitir a que el mismo sujeto pueda decir más sobre esto.

El equívoco o acto fallido se va a dar en el relato cuando el sujeto dice una cosa distinta a lo que quería decir o escucha algo distinto a lo que quería escuchar. Pero también se puede decir que hay acto fallido cuando una persona realiza alguna acción que no quiso realizar. Nuevamente se puede entender que hay una idea inconsciente que intenta comunicar algo. Si este equívoco se da dentro del relato con una palabra específica, así como en la dificultad o en la repetición se lo puede señalar en caso de ser el momento oportuno. Y si es un equívoco que el sujeto cuenta que tuvo en otra ocasión,

y que él mismo no entiende por qué hizo algo que no quería, puede prestarse para que con alguna intervención de parte del psicólogo se haga una ampliación de algún relato.

La Implicación de Otra Escena

Como se ha comentado con anterioridad hay que procurar que el sujeto pueda comunicar lo que se le vaya ocurriendo. Pero también se mencionó que al señalar alguna palabra que da cuenta de una formación del inconsciente se intenta que el sujeto reconozca que hay algo más implicado.

Estas intervenciones que hace el psicólogo deben apuntar a que en el relato del sujeto aparezca otra escena que va a dar sentido a la situación actual. De esta manera se puede hablar de un recuerdo de algo olvidado o de una construcción de alguna escena que se recuerda con cierta vaguedad. En este recuerdo de esta escena implicada las intervenciones específicas que se hacen, siempre deben de inducir al sujeto a ampliar el relato con lo que vaya recordando. De esta manera el sujeto puede ir modulando la forma en la que vive este recuerdo. Al hablar de esto se puede generar cierto cambio de posición frente a lo que ha recordado.

Freud va a decir que la tarea del analista es *hacer surgir lo que ha sido olvidado a partir de las huellas que ha dejado tras sí, o más correctamente, construirlo* (Freud, 2008). Se habla de una construcción en el sentido que

mediante fragmentos se puede deducir algo de esa escena reprimida. Es necesario aclarar que lo que dice el sujeto es el recuerdo, entendiendo que no es la escena en sí, sino el recuerdo de la misma, que es distinto. Y es este recuerdo de la escena la que produce la carga que tiene para el sujeto.

Es importante también observar que al relatar, en algunas ocasiones *el analizado no recuerda nada de lo olvidado o reprimido, sino que lo vive de nuevo* (Freud, 2008). Es decir lo va reproducir en actos. Esto se lo puede notar con la carga que se produce al acercarse en el relato a este contenido.

Cuando se hace algún señalamiento o interpretación es importante reconocer la respuesta del sujeto ante la misma y lo que implica dicha respuesta. En este sentido una afirmación o negación de la intervención podrían significar una represión de otra cosa. Lo importante es si esta respuesta implica que el sujeto desea ampliar el relato. En este sentido se puede considerar que el sujeto la acepta. Sin embargo Freud va a aseverar que *solo el curso posterior al análisis nos faculta para decidir si nuestras construcciones son correctas o inútiles* (Freud, 2008).

Los “Consejos al Médico” Aplicados en el Hospital

Para concluir con los principios bajo los que se debería realzar la práctica se hará un recorrido sobre los consejos que propones Freud en su texto de Consejos al médico en el tratamiento analítico. Él va a hacer algunas

puntualizaciones sobre la forma de trabajo con los pacientes. Si observamos la práctica dentro del hospital, se puede ver que todos estos “consejos” que nos deja Freud son muy necesarios tenerlos en cuenta y aplicarlos en toda práctica. A continuación se desarrollarán los consejos que propone y cómo se aplican en el hospital. Todos estos consejos apuntarán siempre a que se pueda dar una atención flotante de parte del psicólogo y a la asociación libre de parte del sujeto.

Es fundamental como se había comentado antes mantener una atención flotante y poder retener todo lo que nos dice el sujeto en la memoria. Que va acorde a lo que se le pide al paciente.

También nos propone no anotar. En la práctica en el hospital al momento de tener una entrevista con una madre, es importante que la persona pueda percibir la atención completa frente a todo lo que está diciendo. Se evita anotar para que la persona no se cuestione qué es lo que el psicólogo quiso anotar.

Otro de los consejos es no utilizar el caso que se está atendiendo para algún tipo de estudio. Esto es importante para que el psicólogo no conduzca el caso hacia algo en particular, y pueda tener la atención flotante. Si se está haciendo un estudio es posible que el psicólogo introduzca alguna idea propia. Freud también agrega que al terminar de atender al sujeto es cuando se puede hacer un estudio de lo que se obtuvo.

Se recomienda adquirir frente al sujeto una postura de “cirujano”. Freud hace la comparación con un cirujano que pone de lado todos los afectos al operar. Es necesario que el psicólogo aparte sus afectos al momento de atender. En el hospital las personas a las que se atiende atraviesan por situaciones graves. Las madres deben lidiar con la enfermedad que tienen sus hijos, una enfermedad frecuentemente ligada a la muerte. Hay que lograr tomar distancia frente a los afectos que el sujeto manifiesta. Es importante no salir del lugar del psicólogo, no ubicarse en un lugar distinto. Esto permite que el psicólogo pueda proteger su vida afectiva y que la atención que se hace sea mejor.

Es crucial que el psicólogo tenga un espacio en donde pueda trabajar sus aspectos personales. Freud dice que para ser analista es necesario haber pasado por el propio análisis. En este caso se puede puntualizar que para hacer una buena atención, sí es necesario trabajar los propios afectos y situaciones en un espacio con otro profesional. De esta manera se puede facilitar el punto anterior en cuanto a la postura de cirujano.

También propone que el psicólogo no debe compartir los aspectos de su vida para motivar a la persona, ni motivarlo de alguna otra manera. Hay que tener claro el rol del psicólogo. Dentro del hospital hay otras personas que tienen ese rol de acompañar y motivar a la persona. Sin embargo el rol del psicólogo es distinto y necesario a la vez, por lo que no se ayuda más sugestionando sino ubicándose en el lugar que corresponde. Y trabajando con lo que el sujeto aporte.

Agrega además que no hay que asumir una posición educadora ante el sujeto, intentando hacer de él algo que al psicólogo le parezca que debe ser. Es muy importante tener en cuenta la libertad de la persona. En el tratar de educar se puede ver involucrado algún aspecto inconsciente del propio psicólogo.

Finalmente hace un cuestionamiento sobre qué tanto se debe solicitar al sujeto que haga un aporte intelectual en el tratamiento. Se ve necesario frente a esto procurar mantener la regla fundamental.

CAPÍTULO VI. CASUÍSTICA

ANÁLISIS DE LO DESARROLLADO POR MEDIO DE UN CASO CLÍNICO

Para el caso a continuación le daremos como nombre a la sujeto “María”.

María tiene 32 años y es la madre de un paciente de pediatría de 7 años llamado “Juan”. Su hijo tiene que cumplir una cantidad específica de ciclos de quimioterapia. En cada ingreso que tienen permanecen alrededor de una semana, y a la vez sus ingresos son de aproximadamente una vez al mes. Los doctores comentan que en general el pronóstico de Juan es bastante favorable.

Al hacer la oferta de trabajo a María, comenta que sí quiere hablar con alguien del servicio de psicología e inmediatamente empieza a relatar su malestar. Dice que está muy triste y preocupada por su hija “Elsa” de 13 años, y que ya no sabe qué hacer con ella, la ve muy enojada “por todo”. Cuando está en el hospital por los tratamientos de su hijo deja sola a Elsa en su casa.

La enfermedad de su hijo implica usar mucho tiempo para las atenciones en casa en cuanto a medicinas y una serie de cuidados que debe tener para evitar que bajen sus defensas. Agrega que su hija se enoja mucho cuando surge alguna situación en la que implica este cuidado a Juan. Dice que por ejemplo cuando tiene que bañarlo o prepararle alguna comida, ella

frecuentemente dice “hay que estar enferma para que le presten atención a alguien”.

Luego empieza a hablar con más dificultad e incluso un poco llorosa. Comenta que el día anterior su hijo estaba con un poco de fiebre y ella estaba apurada por algunas cosas que tenía que hacer. Mientras atendía a su hijo, Elsa se le acerca enojada pero ella le dice con tono fuerte “Tú no me sirves.” Frente a esto que comenta se le repite esta frase dicha, de esta manera se le permite escucharse a sí misma. Y es en ese momento en donde dice: “sí, yo sé lo que se siente que le digan a uno que no sirve para nada, a mí también me lo han dicho”, agrega que su mamá le decía esto cuando no hacía bien alguna cosa.

Luego dice que no sabe cómo hacer para que su hija esté mejor, le preocupa que en cualquier momento se vaya de la casa. Sobre el papá de su hija dice que él no le dice a ella “hija” y que en general no ha estado con Ana. Cuenta que no estuvo en su bautizo ni primera comunión y que a veces pasa frente a su hija y la saluda, Sara no le devuelve el saludo. Al final de la entrevista María agrega que ella sólo ha tenido “fracaso tras fracaso”.

En otra de las entrevistas dice que estuvo en su casa y su hija la trata con indiferencia e ironía. Comenta que le da miedo quedarse sin nadie. Sin su hijo que está hospitalizado y sin su hija. Cuenta que vivía con un señor pero que falleció, agrega que su hija sí se llevaba bien con él, pero que cree que es porque él le “daba todo”. En cualquier ocasión que necesitaba algo él le

daba, este señor tenía buenos recursos económicos. También comenta que piensa que su hija se comporta así por culpa de ella porque “antes le daba todo y ahora ya no puedo darle”. Cuenta que se Sara se enoja cuando le compra cosas a Juan, pero que lo que ocurre es que ella pide cosas muy caras y no le gustan las cosas que le puede comprar.

Agrega que a ella no le gusta el grupo de amigos con quienes se relaciona Elsa en el colegio. Le parece que estos amigos hacen que ella sea “agrandada”. Dice que antes no tenía actitudes que tiene ahora, “ella quiere ser como alguien mayor, quiere salir sin permiso y hasta bien de noche”. Cada vez que María le pregunta algo ella le responde de manera “grosera”.

Se le pregunta sobre la posibilidad de llevar a su hija al servicio de psicología para poder atenderla a ella directamente, pero cuenta que varias veces le ha dicho a su hija que si quiere ir a conversar con alguien de esta situación, pero que Elsa siempre le contesta que no está loca y que es ella quien debería ir a un psicólogo.

Vuelve a hablar sobre el papá de la hija y dice que le da algo para mantenerla pero que no ha estado presente en fechas como su bautizo, o graduación. Dice que su hija siempre le dice “gran papá el que me diste”, y piensa que esto se lo dice para hacerla sentir culpable. Y comenta que su temor es llegar un día a casa y no encontrar a su hija. Le da miedo quedarse sola, sin Juan y sin Elsa, esto lo ha sentido desde hace tres meses. Se le

pregunta si en alguna ocasión se ha tenido ese mismo miedo y comenta que en con lo que le ocurre a su hijo a veces se siente sola en la situación.

En general se puede ver que la preocupación de la señora María gira en torno a su hija que se encuentra en casa. Es a partir de esta relación con su hija que va a implicar otras situaciones en su relato.

Cuando comenta sobre esta frase que le dice a su hija “tú no me sirves” y se percibe la dificultad con la que la dice se puede entender que posiblemente hay algo más detrás de esto. Al momento de resaltar esta frase, el sujeto bien podría avanzar a nivel del significado explicando a qué se refería y omitiendo cualquier tipo de implicación. O así como se da en este caso, ir por el lado de lo que contiene este significante. En este caso en particular implica una escena en la que su mamá le dice esta misma frase. Es así como se puede ver ese efecto retroactivo en el cual el significante cobra sentido a partir de una escena anterior en la que se podría entender que implica un trauma.

En este relato en el que se le condujo al sujeto a hablar libremente de lo que vaya queriendo hablar, se puede ver que hay ciertas cosas que se repiten, que tienen relación. Se entiende que el síntoma y fantasma están relacionados con esto. Se percibe un discurso en torno al no servir a alguien. Primero a su mamá, luego diciendo que ella ha tenido “fracaso tras fracaso”, y pasa por el “no poder dar a mi hija lo que quiere”, incluso podríamos agregar no servir para dar un “buen padre”. Ese no poder dar al otro, no

servirle, puede hacer que se quede sola. De esta manera se apunta a lo más singular en cada sujeto, su propio síntoma.

Finalmente se puede decir que efectivamente no se puede hablar de un fin de análisis, y probablemente ni de una entrada en análisis. Pero en estas entrevistas, que se podrían considerar como “preliminares”, se puede dar cuenta que detrás de la queja y el malestar hay algo más. Lo importante es que el mismo sujeto pueda reconocer esto y se llegue a cuestionar qué otras cosas están dentro de este sentimiento de “tristeza”, “miedo” o el “enojo” que percibe en su hija. De esta manera sin duda la carga que hay sobre esto disminuye.

Posiblemente con un número mayor de entrevistas se podría avanzar mucho más con el sujeto. Pero lo que se logra incluso con el corto número de entrevistas es muy significativo para que la persona logre hacer con este síntoma. Logre afrontar lo que ocurre desde una perspectiva en la que al menos se ha hecho una movilización ligera de posición.

Miller propone que desde el trabajo que se hace se puede tener un alcance muy importante, propone *obtener "arreglos", que el displacer del síntoma disminuya y se esté más comfortable: "La satisfacción del fin no es un atravesamiento sino un acomodamiento". Acomodamiento que entiendo como "saber hacer", "saber desemrollarse"* (Favret, 2009). Y con las intervenciones que se realizan se puede decir que a esto es a lo que se apunta desde el trabajo en el hospital.

CONCLUSIONES

- A partir de lo desarrollado, se puede ver que dentro del marco hospitalario hay ciertas complicaciones o limitaciones para poder realizar un trabajo psicológico “ideal”. Siendo una de estas limitaciones algunos factores de la propia enfermedad por la que tienen que atravesar las personas a las que se atiende o sus familiares.
- Es importante que el psicólogo logre reconocer qué es lo que sí puede hacer desde su lugar ante el malestar del sujeto. Dentro de la situación por la que atraviesan las madres del área de pediatría es muy necesario brindar un espacio para trabajar lo que genera esta situación en su subjetividad.
- A pesar de no poder hablar de un procedimiento estandarizado para seguir con todas las madres del área de pediatría, se ha logrado encontrar la forma de poder realizar un trabajo poniendo en práctica principios del psicoanálisis. Se puede sostener que los principios fundamentales del psicoanálisis son aplicables a la práctica dentro del hospital.
- El trabajo que se realiza va a responder a los criterios de la singularidad, la libre asociación, la práctica por la palabra, etc, y sobre todo a trabajar apuntando a lo inconsciente. Conduciendo a que el

sujeto logre reconocer también a partir de lo que dice aquello que está detrás de su malestar, para así reducir la carga de la situación actual.

- Se puede confirmar que a partir de esta práctica los sujetos a los que se atiende logran reducir las ansiedades que tienen. Independientemente de la prolongación del trabajo, por medio de algunas intervenciones específicas el sujeto logra trabajar ciertos aspectos pasados que inciden en la situación actual. Y de esta manera se ayuda a que el sujeto logre hacer un cambio de posición frente a lo que está viviendo. Se puede lograr un acomodamiento de cómo vive esta situación.

BIBLIOGRAFÍA

- Díaz, S. (2002, Julio). *El síntoma en la clínica psicoanalítica*. Retrieved febrero 5, 2012, from El Sigma: <http://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/el-sintoma-en-la-clinica-psicoanalitica/4572>
- Favret, E. (2009, Noviembre). *Entre Síntoma y Fantasma*. Retrieved from Virtualia. EOL: <http://virtualia.eol.org.ar/019/template.asp?jornadas/favret.html>
- Freud, S. (2008). Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico (1912). In *Obras Completas*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2008). Construcciones en el análisis 1937. In *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (1971). El sentido de los síntomas 1916. In *Introducción al psicoanálisis*. Madrid: Alianza.
- Freud, S. (1971). La fijación al trauma. Lo inconsciente 1916. In *Introducción al psicoanálisis*. Madrid: Alianza.
- Freud, S. (2008). Lo inconsciente 1915. In *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (1971). Modos de formación de síntomas 1915 – 1917. In *Introducción al psicoanálisis*. Madrid: Alianza.
- Freud, S. (2006-2012). *PsicoPsi*. Retrieved Enero 2012, from Manuscrito L. [Anotaciones I] (2 de mayo de 1897): http://psicopsi.com/Manuscrito_L_Anotaciones_I_2_de_mayo_de_1897.asp
- Freud, S. (1971). Puntos de vista del desarrollo y la regresión. Etiología 1915 - 1917. In *Introducción al psicoanálisis*. Madrid: Alianza.
- Freud, S. (2008). Recuerdo, Repetición y Elaboración 1914. In *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Fuentes, M. (2009). *Reseña de Fantasma*. Retrieved Enero 2012, from Elpsicoanálisis: <http://www.elpsicoanálisis.org.ar/numero4/resenafantasma4.htm>
- García, B. (2010, Agosto). *Teoría del significante y del síntoma*. Retrieved febrero 4, 2012, from Hablemos Psicología: <http://www.hablemospsicologia.com/psicoanalisis/teoria-del-significante-y-el-sintoma/>
- Lacan, J. (2008, Mayo). *Psicoanálisis y Medicina*. Retrieved Febrero 1, 2012, from <http://elpsicoanalistalector.blogspot.com/2008/05/jacques-lacan-psicoanlisis-y-medicina.html>
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

- Laurent, E. (2006, Septiembre). *Principios rectores del acto analítico*. Retrieved Enero 20, 2012, from AMP Blog: <http://ampblog2006.blogspot.com/2006/09/principios-rectores-del-acto-analitico.html>
- Miller, J. A. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.-A. (2004). *Escuela de Orientación Lacaniana Sección El Rosario*. Retrieved Febrero 2012, from http://www.eolrosario.org.ar/icf_cite_lectura.htm
- Miller, J.-A. (n.d.). *Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia*. (www.el-debates.com/e-textos/psicoa_puro_miller.pdf, Ed.) Retrieved Febrero 5, 2012, from http://www.el-debates.com/e-textos/psicoa_puro_miller.pdf
- Rubinstein, A. (2003). *Los modos de aplicación del psicoanálisis*. Retrieved Enero 2012, from Virtualia. Revista virtual de la escuela de la Orientación Lacaniana: <http://virtualia.eol.org.ar/007/default.asp?notas/arubistein-02.html>