

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

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

TEMA:

“Presencia de Dios como Otro absoluto, en respuesta al diagnóstico de VIH-
SIDA”

AUTOR:

ESTEFANÍA ALEXANDRA GAVILANES CARRERA

DIRECTOR:

DRA. NORA GUERRERO DE MEDINA

GUAYAQUIL-ECUADOR

AÑO 2012

INDICE

introducción	2
Cap. 1 VIH-SIDA	3
1.1 VIH-SIDA ¿es lo mismo?	5
1.2 formas de transmisión.....	7
1.3 Etapas de la enfermedad.....	9
1.4 Nuestra cultura tradicionalista.....	11
Cap. 2 La construcción del sujeto -- lo real del diagnóstico	13
2.1 trauma.....	17
2.2 deseo y goce	20
2.3 Respuesta del sujeto frente al diagnóstico	22
Cap. 3 Una búsqueda desarticulada.	25
3.1 Posibilidades de vivir la sexualidad como traumática	
Cap. 4 Casuística	34
4.1 caso 1	34
4.2 caso 2	35
4.3 caso 3	37
Conclusiones.....	41
Recomendaciones.....	43

INTRODUCCIÓN

Durante las prácticas pre-profesionales de psicología, realizadas en el área de medicina interna del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, desde Mayo del 2011 a Enero del 2012, surgió el interés de esta investigación, pues se podía observar que gran parte de los pacientes diagnosticados con VIH-SIDA justificaban su diagnóstico como un castigo enviado por Dios a consecuencia de su vida en “pecado”:

Los pacientes dentro del área, eran diariamente visitados por “quienes llevaban la palabra de Dios”. Pues al recibir un diagnóstico en el que el significativo muerte estaba presente, las visitas permitían construir un “camino más fácil”.

Se trabajará desde el marco teórico psicoanalítico, desde el cual se plantea la hipótesis de que el paciente portador de esta enfermedad, puede vivir el diagnóstico como un Real, dejando de preguntarse y quedándose congelado en la cadena significativa. Por tanto, en el presente trabajo se explicará como el sujeto se estanca, al construir una significación religiosa, que impide el movimiento de su deseo.

Para fundamentar de mejor manera el recorrido teórico que este trabajo propone, se presentaran tres casos clínicos en los que se podrá ejemplificar los conceptos estudiados.

CAPITULO I

VIH-SIDA

La teoría que se ha considerado la más acertada en cuanto al origen del VIH es la que sostiene que éste se deriva del VIS (virus de la inmunodeficiencia en simios), debido a que se encontraban semejanzas en ambas cargas virales.

En la actualidad se ha comprobado que efectivamente el VIH es un descendiente del agente viral que afecta a los monos.

Los científicos se han planteado varias hipótesis sobre cómo este virus se introdujo a los humanos:

La primera es a partir de vacunas contra la poliomielitis (enfermedad viral que afecta los nervios y puede general parálisis total o parcial) puesto que, se utilizaron los riñones de estos animales para la elaboración de las mismas.

La segunda teoría subraya que el VIH fue propagado en humanos a raíz de la vacuna para la Hepatitis B, y que los lotes cargados con aquellos medicamentos, fueron inyectados a personas procedentes de Estados Unidos y África, lo que explica la infección simultánea en continentes lejanos.

Una última teoría, (la de la “transmisión temprana”), explica que la propagación del virus del VIH es transmitida a los humanos a través de la caza de estos animales para el consumo de su carne.

Tiempo después; por los años 70 aproximadamente, la liberación sexual estaba en pleno auge, la comunidad homosexual estaba saliendo a la luz y se podía observar por las calles como gays y lesbianas llenaban los lugares públicos en donde en aquellas visitas el contacto sexual no estaba restringido.

Es en este pleno apogeo, donde las enfermedades de transmisión sexual se acrecentaron.

El virus en sus principios, se lo detectó como un tipo de “cáncer de piel” (el *Sarcoma de Kaposi*), en sujetos principalmente homosexuales. Ésta enfermedad se expandía de una manera velóz primordialmente observada en aquella comunidad homosexual con múltiples parejas así mismo con utilización de drogas intravenosas.

Sin embargo por el mismo año; el médico Michael Gorrieb diagnosticó un tipo raro de neumonía provocada por “pneumocystis carinii” (parásito que solo se había desarrollado en los pacientes sometidos al trasplante de órganos). Los casos que se conocían eran de justamente de hombres con tendencia homosexual.

“El SIDA era conocido como GRID que en ingles quiere decir "Gay Related Immunodeficiency Disease" (Enfermedad de Inmunodeficiencia relacionada con los homosexuales). Popularmente se lo llamaba el "gripe de los homosexuales"” (El poder de los homosexuales y el SIDA, 2011).

Al finalizar la segunda guerra mundial, la liberación sexual se ve nuevamente expuesta en el surgimiento de grupos como los hippies, los cuales en su concepto de paz, se encontraban en un ambiente lleno de música, drogas e intercambio sexual sin inhibición (una promiscuidad sin freno).

Es conocido por todos, que los hábitos sexuales tanto de la juventud como la de los adultos han cambiado en los últimos tiempos luego de haberse conocido sobre la existencia del SIDA.

El sexo, que era tomado de una manera abierta, sin medidas preventivas, torna un giro con la aparición de ésta enfermedad, pues, produjo cierto temor en realizar sexo sin protección en un alto número de personas, tanto jóvenes como adultos; incluyendo a los hippies que veían en éste, una práctica sin problemas.

VIH-SIDA ¿es lo mismo?

La constante manipulación sobre la información que se tiene de la enfermedad, ha hecho que se llegue a confundir a la infección del VIH con tener SIDA, como si estas fueran las mismas.

VIH no necesariamente implica tener SIDA, sin embargo una da paso a la otra, si no hay un buen cuidado.

A continuación se explicará de forma breve ambos conceptos por separado para una mejor comprensión.

VIH:

Las siglas VIH hacen referencia al “Virus de la Inmunodeficiencia Humana”. Este virus actúa atacando al sistema Inmunológico, reduciendo de esa manera la capacidad que el organismo tenga, para que pueda defenderse frente a alguna enfermedad que se le presente (enfermedades oportunistas), ya que, la presencia de aquel virus debilita el organismo.

La respuesta inmune del cuerpo humano en cuanto a la parte celular se divide en glóbulos blancos de diferentes tipos, entre ellos se encuentran los linfocitos; los mismos que son básicos para la respuesta frente a cualquier infección viral (ya sea ésta una gripe).

Existen linfocitos de dos tipos: “B y T”; los “B” son los que secretan anticuerpos (sustancias que manda el cuerpo para atacar a los virus). Mientras que dentro de los linfocitos “T” se encuentra “NK” (natural killer/) y “CD4” (helper), estos sirven como ayuda mandándole señal al cuerpo de que es lo que necesita. El VIH ataca a ciertas células encargadas del funcionamiento del sistema inmunitario, las mismas que se presentan en el CD4

Al ser en un principio este virus asintomático, no se lo puede tratar tempranamente, lo que produce que la enfermedad se vaya agravando y el virus actúe destruyendo las defensas del cuerpo. Es cuando hay poca cantidad de células, que comienzan a aparecer las manifestaciones sintomáticas de un paciente sidático.

El virus de la inmunodeficiencia humana, se transmite de manera directa, las únicas vías de transmisión de este virus son:

1. **Relaciones sexuales**: (vaginales, anales y orales)
2. **Vía hematológica**: puede existir contagio con la utilización de agujas usadas, o cualquier objeto cortante, infectado con sangre, secreciones u otros líquidos corporales; como por ejemplo (rasuradoras, bisturíes). Así mismo las transfusiones de sangre o de órganos no controladas.
3. **Perinatal**: (de madre a hijo) puede ser dada durante el embarazo, el parto o la lactancia.

El hijo, en todos estos momentos, está en contacto con todos los fluidos anteriormente mencionados, aunque en éste se le agrega la leche materna, como posible nuevo portador.

Es necesario que se tomen en cuenta todas las prevenciones posibles para evitar el contagio al infante, como por ejemplo: cesaría en el nacimiento para evitar el menor contacto, sobre una laceración de mucosa, al momento del trabajo de parto o la ingesta de sangre en parto normal.

Por otra parte la leche materna de una madre seropositiva puede ser una posible vía de contagio. Sin embargo nuevas investigaciones dicen lo

contrario; ya que se considera que “el frágil virus se puede destruir por el ácido gástrico y las enzimas intestinales del niño... el estómago y el intestino de los niños son relativamente inmunes al virus”. (Michael C. Latham)

SIDA

Las siglas de SIDA hacen referencia al “síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”.

Llegar a esta etapa implica que el CD4, es decir, las células defensivas del organismo, las mismas que son productoras de los anticuerpos, se vean afectadas.

El cuerpo queda sin poder defenderse de las infecciones que se les presenta. Es por esto que lo que caracteriza a la etapa SIDA es la que al verse multiplicado el virus por la falta de defensas, se da el advenimiento o la presentación de enfermedades oportunistas, aprovechando que el sistema inmunológico ha sido destruido, quedándose sin fuerza para luchar.

Una persona es considerada con SIDA cuando su carga viral (CD4) es inferior a los 200, pues mayor a esta cifra, el paciente solo portaría el virus (VIH), sin entrar en esta tercera etapa.

Etapas de la enfermedad

Aunque el organismo de cada sujeto reaccione de distintas maneras frente a una misma enfermedad, se podría llegar a establecer tres etapas por las que atraviesa un paciente infectado del virus.

Primera etapa:

Esta primera etapa se muestra como asintomática, los síntomas no son mostrados de manera visible y se puede aparentar buena salud permaneciendo así por varios años.

Sin embargo el virus al estar dentro del organismo va infectando paulatinamente varios órganos como: ojos, cerebro, pulmones, el hígado, el bazo, riñones, entre otros.

En esta primera etapa, la persona aunque no muestre sintomatología, al estar infectada por el virus, puede infectar a aquellas que no lo están de la misma forma que lo hace un paciente en etapa terminal.

Segunda etapa (pre-SIDA):

Se puede considerar a un sujeto dentro de la segunda etapa del SIDA cuando aquellos síntomas que, de alguna manera habían estado velados, comienzan a

aparecer. Es decir, esta segunda etapa se manifiesta junto a la aparición de sintomatologías como diarreas, pérdida de peso (sin explicación), fiebre, sudores nocturnos, fatiga entre otras.

Es aquí, donde el virus comienza a invadir las células del cerebro y el SNC (sistema nervioso central), apareciendo síntomas como convulsiones, pérdida de memoria, pérdida de control muscular, mutismo, etc.

El antirretroviral que se suministra, funciona para disminuir la carga viral y subir las defensas (linfocitos cd4), sin embargo, se puede mantener a un paciente con antirretrovirales por un largo tiempo, pero no puede ser curado.

Tercera etapa (etapa final del SIDA):

Esta etapa se caracteriza por la aparición de enfermedades o infecciones oportunistas. Esta se presenta cuando ya el sistema inmunológico no tiene como defenderse, el CD4 está por debajo de los 200 dejando, de esta manera sin defensas al cuerpo.

Las posibilidades de vida en los sujetos que están en esta tercera etapa, son muy cortas; puesto que, el cuerpo se encuentra muy débil y no puede combatir, las enfermedades oportunistas que se le presentan.

Nuestra cultura tradicionalista

No en todos los países esta enfermedad es abordada de la misma manera; países como Estados Unidos y países Europeos, han tenido a lo largo del tiempo un comportamiento más liberal, que nuestra cultura.

La parte sexual por ejemplo, no es vista de la misma manera como es vista en América Latina.

Es pues en estos países “avanzados” donde los chicos a los 14-17 años ya participan abiertamente en encuentros sexuales de forma directa y sin esconderse, puesto que estos mismos países, les ofrece una cierta facilidad para poder acceder a controles propios que los lleve, en la mayoría de los casos, a precautelar su salud sexual.

Todos estos cambios sociales, que en cuanto a libertad sexual se refiere, han traído consigo mucha incertidumbre en todas aquellas personas que al solo escuchar la existencia de esta enfermedad sentían miedo y rechazo.

Es la manera de transmisión, la que ha representado justamente una desaprobación social en cuanto a su aceptación, pues por ser considerada (supuestamente) una enfermedad que la adquieren solo aquellos que llevan una vida “desenfrenada” la que va traer consigo un conflicto moral profundo.

Todo aquel que esté expuesto a conductas homosexuales, promiscuos sexuales o hasta drogadictos, van a ser vistos por la sociedad

como los que llevan “la bandera” que los ubica como posibles portadores o propagadores de esta enfermedad.

Es por el rechazo de la sociedad, ante estas personas infectadas, que se manifiesta el miedo en los pacientes; los mismos que se sienten discriminados al ser “marcados” por el diagnóstico ya que de esta enfermedad aun se conoce poco.

Sin embargo esta sociedad donde se mantiene de alguna manera un comportamiento social y sexual bastante ortodoxo; en el que las relaciones sexuales, solo eran permitidas en el casamiento; provoca un cierto tabú en los adolescentes, puesto que gran parte de ellos viven el mismo comportamiento sexual que tienen los otros países, solo que de manera escondida. Comportamiento que puede llegar a ser mortal.

No deja de preocupar el desenlace de esta enfermedad, donde no en todos los casos, produce una muerte inmediata; pero si es la base para que se presenten una serie de enfermedades oportunistas por las bajas defensas, que como se mencionaba anteriormente pueden llevarlos hasta la muerte.

CAPITULO II

LA CONSTRUCCION DEL SUJETO -- LO REAL DEL DIAGNÓSTICO

...Lo Imaginario como aquello que hace al sujeto débil mental, en tanto lo propioseptivo es sólo reflejo, un lugar de ajenidad: Hay algo que hace que el ser hablante se demuestre consagrado a la debilidad mental, y eso resulta de la sola noción de Imaginario en tanto que el punto de partida de ésta es la referencia al cuerpo y al hecho de que su representación —quiero decir todo lo que para él se representa— no es sino el reflejo de su organismo.

Jaques lacan

Seminario 22. "R.S.I.". Clase 1. 10 de diciembre de 1974.

Como se sabe, todo sujeto para el psicoanálisis, nace a partir de poder encontrar un lugar en el deseo del Otro; al nacer, el infante no puede significar todo un conjunto de sensaciones y acontecimientos que se le presentan, se podría decir que nace inmerso en lo Real, es decir, un cuerpo sumergido por la presencia de eventos y formas que lo rodean sin que pueda realmente “saber” que son.

Sin embargo, cerca del niño, existe un elemento fundamental, que va a significar todo aquello que este “no sabe”; es “la madre”, con sus palabras, quien le articula, le significa lo que siente” (Rosa Uriz Iglesias, Cristina Catala Villanueva, 1991).

Ante el grito que vocifera el niño, sin un mensaje modulado, interviene la presencia de la madre, (Otro garante de la palabra) que al interpretar lo que quiere el niño con su grito, le proporcionará la primera experiencia de satisfacción; de esta manera, deja de quedarse inmerso en puro Real, para transformarse ese grito, en un llamado, con sentido, simbólico para ser precisos, ya que el niño va a ir articulando las palabras de la madre y tomando partes de ese discurso para así marcar su propia identidad.

Parafraseando a Lacan, se vislumbra como una serie de huellas marcadas por el discurso de la madre quedan impregnadas, aproximándose a lo que llamará más tarde, Lalengua.

Por otra parte, Lacan ubica como otro de los momentos estructurales de la constitución del sujeto, al estadio del espejo, pues, es en éste en donde se va a configurar la subjetividad humana.

Es en este estadio, en donde en un primer momento, el niño se ve capturado por su imagen completa frente al espejo, pero al mismo tiempo se siente fragmentado.

Se produce entonces una hiancia entre lo que ve y lo que siente; es por la presencia del Otro fundamental que al decirle “ese eres tú”, que va a poder reconocerse.

Es decir, el ser humano, para que pueda hacerse un cuerpo necesita de alguien que lo nombre, que pueda significarlo, es por esto, que todo acontecimiento en el discurso de un Otro externo; va a producir huellas en el sujeto formándose de esa manera la identidad imaginaria.

Gustavo Dessel nos dice “El sujeto se constituye en sí mismo y por si mismo a través de ese juego dialectico entre el yo que debe estructurarse por la imagen del semejante” (sobre el estadio del espejo en diferentes momentos de la enseñanza de Lacan, 2001).

Para decirlo de otra manera, debemos comprender que un sujeto se construye al ser atravesado por el lenguaje; pues éste desde el momento del nacimiento

ha estado introducido a un consorcio de “parlantenses”, bañado de significantes brindados por Otro, que le permitirán hacerse un cuerpo.

Es de esta manera como el sujeto bañado por el lenguaje, va a quedar alienado en una cadena significativa que le proporcionara el Otro. Sin embargo, es necesaria la separación, que se presenta luego de que hay una caída de el objeto a, en la que el sujeto gracias a esta pérdida, va a lograr la circulación de su propio deseo (deseo del Otro). Separación que refiere propiamente a la de la cadena significativa. Es decir, ante la falta en el Otro, va responder a su propia falta.

Como bien explica el texto ¿Qué es un niño en psicoanálisis?: porque hubo ausencia en algún momento, sabemos de la presencia. “Es porque no hay Otro absoluto que nos colme (...) u objeto que nos complete por lo que podemos desear (...) el deseo se dirigirá interminablemente de un objeto a otro, sobredeterminados” (Rosa Uriz Iglesias, Cristina Catala Villanueva, 1991)

Es por la imposibilidad del Otro de proporcionarle lo que se le está pidiendo, y precisamente porque la respuesta será: “eso no era lo que quería” que el sujeto se va a constituir en un ser deseante.

Frente a ello Lacan, en su seminario X – alega que es pues por “la existencia de un inconsciente, que somos objetos afectados por el deseo, puesto que es por la finitud que muestra la falta referida como un vacío, puede llenarse de distintas maneras”

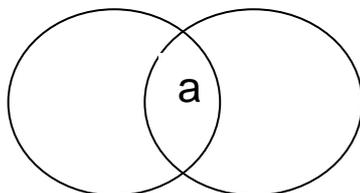
Trauma

Se ha venido mencionando a lo largo del presente trabajo sobre los efectos del discurso en el sujeto. Pero ¿Qué producen realmente estos?

Jacques- Alain Miller va a referir en el texto “biología Lacaniana y acontecimiento de cuerpo” que todo acontecimiento de discurso va a dejar huellas en el sujeto, se refiere a huellas que han ido forjando una identidad imaginaria que el sujeto ha podido ir construyendo a lo largo de su vida.

Estas palabras que marcan huellas también sorprenden debido a que dentro de este exceso de palabra que va introducirse en el cuerpo, va a haber siempre algo que no se pueda decir (trauma que se presenta como agujero en el interior de lo simbólico).

Es pues, en el momento que el lenguaje entra al cuerpo que se produce una pérdida, pérdida que hace referencia al objeto a, al ser este objeto mitad del sujeto, mitad del Otro.

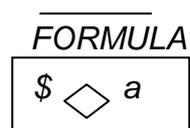


De estas huellas Miller menciona que éstas solo podrán hacer síntomas, si el sujeto es capaz de leerlas y descifrarlas.

La determinación del síntoma que es producida por el trauma, va a tener como finalidad dar al sujeto la posibilidad de lograr un beneficio secundario, que se va a refugiar en la enfermedad. Generando y mostrando un goce en el síntoma, aunque de manera desviada puede satisfacerse.

Es pues, el síntoma, la forma del sujeto de responder ante lo Real, presente en el trauma, lo que va a generarle angustia, porque se enfrenta a ese punto inesperado, que lo deja sin significación.

Por debajo de cada síntoma esta la presencia de un fantasma ϵ



Es importante mencionar que el síntoma, que siempre va a representar, el modo particular que tiene el sujeto de satisfacción sexual, que va a estar relacionado con la fantasía, pero esto se intentará explicar más adelante.

En definitiva, el encuentro con lo Real va a resignificarse por retroacción, puesto que al enlazarse con el acontecimiento traumático infantil, va a significar el nuevo evento como traumático, presentificandose como un desarreglo del fantasma

Parafraseando a Eric Lauren: el síntoma es la respuesta del sujeto, a lo traumático de lo Real, punto imposible de reabsorber en lo simbólico, que se va a presentar con angustia. Señal del encuentro con lo Real.

El trauma, que es ubicado también como la tyche (acontecimiento inesperado) aparece frente al automaton del que el sujeto ha venido construyendo, pues "... se caracteriza por sorprender al sujeto, dejándolo sin palabras y con una sensación de extrañeza ante lo vivido, produciéndole una herida como consecuencia de un impacto sobre su cuerpo, o de la palabra de otro que es vivida como injuria." (Puigjané, Silvina;)

Señala Jacques Lacan "el trauma es concebido como algo que ha de ser taponado por la homeostasis subjetivante que orienta todo el funcionamiento definido por el principio de placer" (Lacan, la tyche y automaton, 1964)

Es en el sentido que el sujeto es marcado por la huella que instaura la entrada del sujeto al lenguaje, la que va generar, ante la representación mental, que el concepto mate LA COSA; representando un vacío -falta en ser.

Esto que se ubica en la falta, a lo que Lacan refiere como el objeto petite a', es este residuo o objeto parcial que se presenta colmando lo que ha quedado carente de significación. El deseo encuentra su causa, en el nivel que está inscrito el (a) puesto que desear a Otro (mayúscula) es en el fondo desear solo esa (a)

Aquel sujeto que ha sido “sujetado” o sostenido en el código lingüístico se convierte de esta manera en un sujeto tachado (\$) puesto que para el psicoanálisis este nunca se presenta como absoluto. Y esta tachadura, va a marcar una división, una barra dada por los significantes (\$) que lo introducen en la lógica del no-todo.

Deseo y goce.

Es necesario hablar de dos conceptos fundamentales, para el psicoanálisis, que van a estar estrechamente ligados a lo anteriormente mencionado; se hablará aquí del deseo y del goce.

No se puede hablar del deseo sin goce; pues el goce apunta al todo, lo que Lacan llama –la COSA-, sin embargo, como no se puede llegar a ello, es necesario que exista el deseo que pueda delimitarlo.

El deseo es entendido siempre como búsqueda. Sin embargo, en esta búsqueda lo único que llegara a obtener el sujeto es un “plus de goce”, que se reflejarán como objetos parciales, manifestándose como un modo de recuperar algo de goce. Pero como es imposible tenerlo todo, el sujeto siempre va a verse insatisfecho.

¿Por qué mencionamos el goce? Pues es en relación a la falta en ser, que va a haber algo del deseo que no se puede decir, es aquí en el que frente al

enigma del Otro en relación a “que me quiere el Otro” donde se va a presentificar la angustia.

Sin embargo, es necesario poder ser capaces de atravesar la angustia para pasar del goce al deseo, Lacan sostiene que “el amor puede hacer condescender el goce al deseo”; axioma necesario de considerarlo en la dirección de la cura.

Se puede observar de esta manera como éstos sustitutos de recuperación del goce perdido, van a servir como medio, para tapar esa hiancia que quedó, por la falta instaurada en el sujeto.

Y es esto que falta, y que no puede ser simbolizado y significado es precisamente lo Real; entendido, desde el psicoanálisis como aquello que no puede ser nombrado, que se presenta sin traducción alguna por la palabra, sin poder ser representado; por lo cual una de las manifestaciones de lo Real es lo innombrable, lo imposible.

Es por este imposible que queda fuera del registro simbólico, que lo Real es vivido como lo traumático, ya que, se aparece de forma inesperada, irrumpiendo e insistiendo. Cuando el sujeto no sabe cómo responder, es que se reconoce la presencia de lo Real.

Es por esto que frente a un diagnóstico médico, el sujeto queda desarticulado de toda significación, pues éste se ve presentado a lo que Lacan denomina Tyche “lo real como encuentro, (...) en tanto puede ser fallido” (Lacan, la tyche y automaton, 1964, pág. 63) se presenta como algo que va a desarticular al fantasma.

Lacan en su seminario XI refiere “ahora tenemos que detectar el lugar de lo Real, que va del trauma al fantasma – en tanto que el fantasma nunca es sino la pantalla que disimula algo absolutamente primero, determinante en la función de repetición” (Lacan, la tyche y automaton, 1964)

Respuesta del sujeto frente al diagnóstico médico

Para llegar a hablar sobre este tema, es fundamental precisar ciertos puntos principales, para la mejor comprensión del mismo.

Lacan nos dice que en la adolescencia hay un despertar sexual, que había estado en latencia en la niñez, a partir de la declinación del Edipo. Es en este advenimiento sexual donde las pulsiones infantiles se juntan para obtener un nuevo fin (coito)

Es aquí, donde la elección de objeto (homosexual, heterosexual, activa o pasiva) va a ser un factor clave; pues, “El hallazgo de objeto no es realmente

más que un retorno al pasado” (Freud, La metamorfosis de la pubertad, 1905, pág. 1225); pasado que trae consigo las relaciones con sus objetos primarios.

La relación del niño y su madre es fuente de excitación sexual (alimento y caricia) por lo que es necesario despertar al niño de aquella ternura antes de la pubertad para lograr de esa manera una adecuada elección de objeto

Al haberse dado el pasaje del Edipo hasta la elección de objeto; el sujeto va reformulando respuestas frente al deseo del Otro (enigmático), llegando a crear una respuesta que va a presentarse siempre igual, frente a aquello enigmático que se muestra como angustiante. A lo que Lacan denomina *el Fantasma*.

Lacan así mismo, previo a hablar del fantasma va a hablar de “fantasías” (siempre de carácter sexual), referidas a ellas en dos tipos: la ensoñación diurna, que va a dar cuenta de la fantasía consciente, y la fantasía fundamental que es estrictamente inconsciente. Haciendo un paso desde los fantasmas en plural, hasta el fantasma en singular, “aparece entonces como un ser de dos caras que a la vez se manifiesta como tal en la cadena hablada del paciente y al mismo tiempo es un verdadero punto de partida de esta subjetividad; es a la vez un elemento de la cadena y el axioma de partida de toda la cadena”.

Cristina Marqués Rodilla en su artículo sobre “El sujeto tachado: un sujeto construido”, refiere que “El fantasma es, pues, un matema que expresa la articulación de un universal \$ y un particular, 'a', que dice cómo gozar al sujeto, que lo orienta hacia un goce individual que lo constituye en tanto que sujeto

sujetado al lenguaje, pero individualizado por su particular forma de gozar”
(Rodilla)

Es esta construcción que hace el sujeto la que va a velar, con ayuda de los registros simbólico e imaginario, la proximidad de lo Real.

“El funcionamiento del fantasma le posibilita al sujeto evitar el encuentro con esa dimensión insoportable de la falta en el Otro. Por consiguiente, frente a la vacilación del fantasma no puede sino aparecer la angustia, en tanto traducción subjetiva del objeto a. El sujeto queda allí enfrentado en su desamparo, al deseo del Otro, a lo que él es como (a) para el Otro. (Quiroga)

CAPÍTULO III

UNA BÚSQUEDA DESARTICULADA.

De acuerdo con lo dicho en el capítulo anterior, el sujeto se constituye a partir de Otro en cuanto que va a estar bajo los significantes de éste, sin embargo, puesto que estos significantes que nos proporciona el Otro nunca van a completarlo es que el sujeto va a obtener objetos siempre parciales que van a cubrir el vacío del desencuentro.

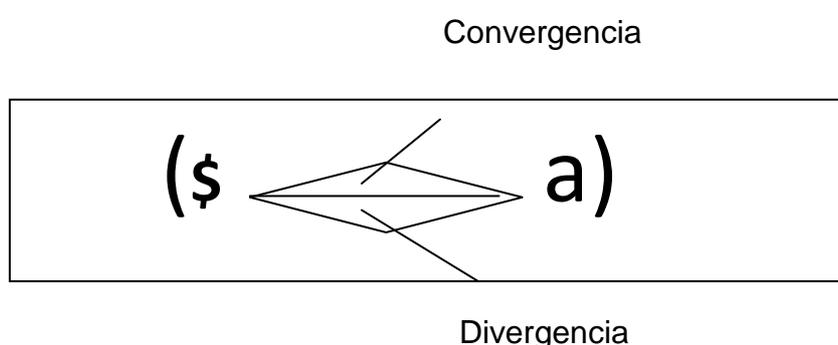
Parafraseando a Lacan; frente al imposible de respuesta ante el Otro, es el fantasma quien va a permitir construir un posible. Es por esto que frente a un determinado diagnóstico médico como el VIH SIDA, todo aquello con lo que el sujeto había logrado mantener velado por el principio del placer incluido en el fantasma, cae.

Es decir, la construcción del fantasma con la que el sujeto está sostenido se ve derrumbado con un desfallecimiento del mismo; es por este nudo que queda desarticulado, apareciendo la angustia como señal del encuentro con lo Real, así mismo como única traducción subjetiva.

Sin embargo, este diagnóstico no solo se va a presentar como impactante por el peso que este conlleva en cuanto a que va ligado con la muerte, sino que de

igual manera está muy estigmatizado socialmente, asociado con una vida “en descontrol”.

Es por lo que el paciente va a intentar buscar una significación ante este acontecimiento vivido como REAL muerte, para así bajar la angustia en su intento de reconfiguración del fantasma.



En esta fórmula, se ubica en la posición de \$ a la parte simbólica, y en el lugar del a, la parte Real, pues este objeto del fantasma es el objeto pulsional.

Se debe mencionar que existió un goce que reinó sin límites el cuerpo, pero al introducirse la palabra, se produjo la pérdida de éste, de esta forma la libido (pulsión sexual) tratará todo el tiempo de recuperar en el exterior el goce perdido, a través de las zonas erógenas, aunque solo podrá hacerlo de manera parcial. Así el objeto (a) es el que podrá proporcionar un plus de goce y brindar satisfacción al recorrer los bordes del objeto pulsional, para cubrir la hiancia.

Ambos términos dentro del fantasma son heterogéneos, pues del lado del sujeto tachado se encuentra lo simbólico y del lado el objeto. Sin embargo podemos pensarlo desde otro ángulo, a través desde la posición del sujeto “El fantasma se construye por la relación entre dos términos que son dos posiciones del mismo término: se trata de las posiciones del sujeto como sujeto y como objeto frente al deseo del Otro. La relación entre ambas posiciones no se da como un encadenamiento sino que está señalada allí por el losange (parte media que los articula).

Se puede situar dos relaciones posibles que se requieren mutuamente:

-Una relación de exclusión/inclusión donde se puede pensar que el objeto funciona para el sujeto como lo más extraño y lo más familiar a la vez.

-Una segunda relación de mayor o menor donde el objeto funciona como lo más cercano y a la vez como lo más lejano para el sujeto” (Quiroga, el fantasma y la presencia real).

El diagnóstico VIH-SIDA se va a ubicar en esta (a), presentándose como angustia (señal del encuentro con lo Real) dándose una desarticulación de los tres registros llevando al fantasma al encuentro de un agujero, a lo que denominaríamos Real que había estado sostenida con el fantasma que cubría dicho agujero.

Es pues, en definitiva que el sujeto que había logrado hasta el momento encontrar un equilibrio en aquel goce que estaba regulado por el falo; se ve

desbordado por el impacto de la significación del diagnóstico, teniendo que inventar algo nuevo que disipe la angustia y sufrimiento.

Al decir que esta regulado por el falo, es señal de que ha operado la castración, ya que es por ella, que va a producirse la ordenación de estos objetos (regulando las zonas erógenas), pues sino el goce estaría disparado, como se da en la psicosis.

Frente a este acontecimiento nuevo, el sujeto, ante la sorpresa y desconcierto que enmarca el “mal encuentro”, va a intentar construir algo para de esa manera interpretarlo, acomodándose en una nueva posición subjetiva, para así calmar su angustia.

Aproximadamente un 57% de los pacientes que fueron atendidos diagnosticados con VIH simplemente o VIH-SIDA pudieron encontrar una supuesta explicación o excusa racional, como modo de respuesta; ya que, al ser gran parte de ellos homosexuales, otorgan la enfermedad a un “castigo divino” como se creía en épocas anteriores.

Dentro del hospital, un paciente atendido comenta: *“yo tengo esto como castigo a mi vida pasada; Dios me está castigando por todo el descontrol, relajo y desastre en el que vivía, ahora que he sido zamarreado tengo que cambiar”* (paciente, 2011)

Posibilidades de vivir la sexualidad como traumática

Para entrar a hablar de la sexualidad sentida como traumática, hay que referirnos primero a lo que plantea Freud en cuanto a que la vida sexual de los seres humanos pasa por dos tiempos.

Un primer tiempo va a verse referido a las experiencias iniciales, en donde se ubican las primeras satisfacciones pulsionales del infante, refiere Freud en su texto “metamorfosis de la pubertad”: que es en este tiempo, donde la pulsión sexual es predominantemente autoerótica, las zonas erógenas van a actuar independientemente unas de otras, para llegar a un determinado placer como fin sexual. Es en este tiempo, en que la sexualidad infantil queda metaforizada en la ternura, como una especie de velo a esa sexualidad.

Es en el acontecimiento de la pubertad donde el fin sexual va a estar dirigido a un nuevo fin; todas aquellas pulsiones parciales que habían hasta entonces, se juntan y son dirigidas a la zona genital; este nuevo fin sexual a diferencia de la vida sexual infantil va a tener funciones diferentes en ambos sexos.

Para el hombre esta nueva meta va a estar dirigida en la descarga de los productos (semen) aunque este va también a generar placer, en esta descarga va a presentar un monto máximo, poniéndose de esa manera al servicio de la reproducción.

En la mujer por su parte refiere Freud “cuando la transferencia de la excitabilidad erógena desde el clítoris a la entrada de la vagina, queda establecida, ha cambiado la mujer la zona directiva de su posterior actividad sexual”

Es con este nuevo advenimiento, que se va a producir una modificación en el fantasma, puesto que, al entrar en la pubertad, se va a introducir un cambio donde estaba el amor a los padres, ahora estará dirigido al otro sexo.

Es esta nueva irrupción que se da frente al acontecimiento sexual, en la que el fantasma (formula privada) que construye el sujeto como un modo de respuesta ante el enigma del Otro; va a sufrir una modificación en la pubertad, dado que el sujeto tiene que buscar una nueva fórmula para saber hacer con esto nuevo. “Atravesando un recorrido que va de la identificación, imaginaria y simbólica, a la sexuación, que anuda lo Real”.

Ana Ricaurte en su texto sobre “anorexia: una propuesta teórica y clínica, -la vestimenta imaginaria de la anorexia” alega que: “No hay en el sujeto el saber necesario para la sexualidad. Lo más próximo de este saber es el fantasma que es la construcción que el niño hace desde su relación primitiva con la madre, (...) En este momento el sujeto tiene que organizar una respuesta a la irrupción de la sexualidad, para dar un tratamiento al goce nuevo que se presenta, que desborda su sistema de representaciones”

Explica también el texto, que la cultura va a ofrecerle semblantes al sujeto para que pueda hacer, un posible sobre el imposible de la sexualidad, puesto que en la estructura psíquica esto está inscrito como un agujero; agujero que podría ser visto como la existencia de lo Real.

Estos semblantes que el sujeto va a adquirir se ubican del lado del objeto, lo que va a necesariamente a responder a la pregunta ¿Cómo goza un cuerpo?, como el goce está en el orden de lo Real, este nos va a permitir articular algo que de otra manera no sería posible manipular justamente por ser de ese orden.

Freud refiere “ el objeto es el compañero de la experiencia sexual" (Freud, tres ensayos para una teoría sexual, 1905) pero es compañero fantasmático de la experiencia sexual, por eso Lacan dice que la relación sexual no existe”.

- (Este término que Lacan refiere con que “la relación sexual no existe” hace referencia a que no se llega totalmente al objeto, es decir, vivimos con la ilusión de la completud; el sujeto por ejemplo, en su discurso va a hablar de “la media naranja” como referencia a un otro que la complete.

En la histérica por ejemplo se va a dar una búsqueda por tenerlo TODO, sin poder acceder a la lógica del NO-TODO que le daría una mejor posibilidad de vida

Para resumir, diremos que estos cambios psíquicos, que surgen frente a la reestructuración que se da en la transición de la infancia a la pubertad, se ponen en juego, debido a que todo aquello que le había servido al niño en la infancia (elección por identificación), en un segundo momento no le sirve más.

Y es en este segundo momento donde “El joven requiere de encontrar en la cultura de su tiempo, escenarios posibles de la relación sexual que por estructura no hay, para que funcionen como semblantes que engañen a lo Real, lo autista, lo imposible, con los cuales puntualmente exceptuarse de la imposibilidad y poder tender el lazo que inaugure para sí la relación de pareja.” (Ana Ricaurte, 2007)

Actualmente, existe una dificultad en los jóvenes para afrontar ese encuentro; en otras épocas estaba el amor como una suplencia de la falta de armonía entre los sexos, pero esta función ha venido degradándose a través del tiempo.

Lo que se explicaba previamente a lo que Lacan refería cuando hablaba que “no hay relación sexual” es justamente concerniente al “desencuentro”, pues, se tiene la idea (inconsciente) de que hay una posibilidad de completud, pero siempre va a haber algo que no funciona en el encuentro entre los sexos.

Existen formas distintas de reaccionar frente a esta falla: la anorexia, la bulimia, la toxicomanía, las relaciones pasajeras, son un ejemplo de estas distintas maneras, en la que el sujeto no se hace responsable de su goce.

Específicamente en estos pacientes se pudo observar cómo, ante la falla, las forma que utilizaban eran las relaciones “de momento” ingresando al mundo de la promiscuidad, que es lo que determinó el ser contaminados por la enfermedad. Ellos hablaban de “la vida loca”, al referirse a una vida llena de drogas, alcohol y sexo en descontrol, como un modo de goce.

CAPITULO IV

CASUÍSTICA

Para finalmente articular todo lo previamente mencionado, se pondrá como ejemplo tres casos de pacientes del área de medicina interna del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

Caso 1

-Un juego sin sentido.

El paciente, a quien llamaremos Pedro, es un hombre soltero, de 39 años, con diagnóstico de VIH-SIDA más toxoplasmosis cerebral como enfermedad oportunista a consecuencia de sus bajas defensas.

El paciente es derivado por la enfermera del área ya que refiere que no quiere comer, lo que perjudica a su salud por los medicamentos tan fuertes que toma. Se trabajó 7 sesiones con él.

Pedro accede a consulta diciendo estar muy angustiado y deprimido; comenta que pasa las noches en vela y por las mañanas no tiene apetito, esto se dio desde que recibió el diagnóstico de VIH en etapa SIDA. Ha escuchado a los doctores decir que su carga viral ha aumentado y sus defensas han disminuido, lo que le ha generado más su angustia.

Pedro dice -“la vida me está jugando un juego que no se cómo jugar, antes yo creía tener una buena vida, me divertía con sexo, drogas, alcohol, y mujeres, esto lo hacía con frecuencia”.

Refiere el paciente que solo una vez se enamoró, pero que así mismo, como en todas las relaciones ha fracasado porque nunca ha podido “asentar cabeza” por preferir “la diversión en su vida”.

En cuanto a su familia, vive con su mamá (quien desconoce su diagnóstico), su padre falleció hace 6 años de cáncer y no tiene hermanos. Mi compañía siempre fueron mis amigos y lo que ellos ofrecían –refiere.

Dice querer cambiar su vida de ahora en adelante -“esta enfermedad es un castigo que me mando Dios por la mala vida que llevaba, esta fue su forma de hacerme entender que tenía que cambiar

Caso 2

-“Una promesa especial”

Paciente, con quien se trabajó 3 entrevistas; es derivado por su pareja puesto que refiere que pasa muy callado, por lo que considera que la ayuda psicológica lo ayudaría.

Hombre de 46 años, a quien nos referiremos por Juan, ingresa a consulta angustiado diciendo que el hospital lo deprime mucho y quiere salir de ahí.

Juan, es el mayor de tres hermanos, su papá los abandono cuando el tenia 15 años, luego de que su mamá descubriera que le era infiel.

Tiene una buena relación con todos sus hermanos, y son los únicos que conocen de su enfermedad. Todos han coincidido en ocultarle a su madre el diagnóstico de VIH- SIDA debido a que hace 5 meses le diagnosticaron cáncer de mama, y los tratamientos que recibe la dejan débil y una noticia así la pondría peor.

Desde los 15 años consume marihuana y alcohol; a esa misma edad se dio cuenta que le llamaban la atención los niños más que las niñas, sin embargo, comenta: “sentir eso me asustó y le dije a una compañera que sea mi novia, pero no me gusto y le terminé”.

A los 21 años tuvo su primera relación con un hombre 10 años mayor que él, a quien conoció en un bar; comenta que la relación término luego que conoció a su actual pareja con quien lleva ya 3 años.

Su vida desde esa edad fue “algo alborotada, a veces ni yo mismo creía tener control” –comenta.

Su familia conoce de su homosexualidad, refiere que no tienen problema con eso, pero si con la vida que llegaba. Entre risas alega “recuerdo que a veces no llegaba en dos días, esas eran las mejores salidas”

Su actual pareja (con quien convive) también disfrutaba de esas amanecidas con él, ya que los amigos son los mismos.

“esta es mi cuarta semana en el hospital, ninguno de mis amigos ha venido, eso me tiene mal, esta es la manera que tiene Dios de decirme que cambie, que he fallado, que ni los amigos que he hecho son amigos de verdad, he hecho una promesa especial con él, un cambio de vida, a cambio de salud” - refiere

CASO 3

-“pagando por ladrona”

Mujer de 42 años, a quien denominaremos María, accede a consulta luego de que se le ofrece el servicio. Solo se realizó una entrevista puesto que ese mismo día iba a ser dada de alta.

María, es separada, tiene una hija de 10 años, con quien tiene bastantes problemas ya que dice que pelean mucho porque no le hace caso.

Vive actualmente con su mamá y su papá y una hermana menor (39 años), sus padres ayudan al cuidado de la hija, cuando María está en el trabajo.

Esta es su segunda recaída, le diagnosticaron VIH, hace 2 años, y actualmente está en etapa SIDA.

Ella se casó embarazada, refiere que en un principio ella lo quería, pero con el tiempo se fue dando cuenta de que “las cosas de esposa no eran lo de ella” comenta así mismo que la separación se dio en buenos términos, sin embargo considera que ha estado obrando mal en su vida.

“mientras estaba casada, también estaba con otro hombre, yo sabía que estaba mal, pero a veces una se deja llevar.” Mi enfermedad la respuesta de mis malos actos, uno tiene que asumir castigos por la vida que desea llevar, Dios en la biblia manda mandamiento de cómo guiar tu vida, tu las rompes, pues toca asumirlas, el manda factura tarde o temprano, unas son más caras que otras, es como la policía, cometes un error pagas por ladrón”

Hasta aquí una aproximación de tres de los casos trabajados en el hospital, vemos pues, como por ejemplo en el primer caso, es el mismo paciente en su discurso quien menciona la aparición de este acontecimiento como Real, dado que indica no saber cómo hacer, no saber como “jugar” ahora un juego que anteriormente dominaba, pues según su relato, él sabía como “jugarlo” ya que lo había estado haciendo toda su vida.

Aquí se muestra el síntoma en su cara de Real, la desarticulación de lo imaginario y simbólico muestran lo Real sin velo.

Aunque el paciente no logra precisamente decir de manera literal lo angustiado que se siente; el hecho de “no saber cómo jugar el juego” tiene una dimensión de angustia, pues, hay un no saber que invade al sujeto.

Es en entrevistas posteriores donde surge la significación “castigo divino, para cambiar su vida” lo que de alguna manera marca un indicio de, “como se debe de ahora en adelante jugar”.

Su manera de reducir esa angustia o ansiedad que proporciona el diagnóstico médico, es encontrar una explicación o excusa racional para asumir la realidad que le resulta inaceptable.

Vemos como frente a este acontecimiento nuevo, donde se ubica el diagnóstico del VIH-SIDA queda inscrito una huella desagradable, dolorosa, que moviliza su fantasma, que hasta ese momento le había permitido mantener una homeostasis, por acción del principio de placer.

Ante lo contingente del diagnóstico, que opera como un Real y al no tener un exacto referente o significación, el sujeto intenta interpretarlo con significaciones dirigidas al Otro completo, representado por Dios. Es aquí donde el sujeto va a ser capaz de construir una respuesta posible donde se hallaba un imposible.

Mover a un sujeto que se encuentra instalado ante esta respuesta de “castigo” frente a este Real que es significado como muerte es muy complicado, por las pocas sesiones que hay en el hospital es difícil hacer un tratamiento para lograr que el sujeto pueda implicarse y hacer una modificación de su posición subjetiva.

Pues, se parte de la idea que mientras el tratamiento no le pueda proveer al paciente de nuevos recursos subjetivos, es mejor dejarle lo que usa para mantenerse estabilizado.

CONCLUSIONES

- Lo Real dentro del psicoanálisis no es entendido de igual manera que en la jerga común, pues, precisamente para esta disciplina, lo Real es lo excluido de toda realidad, aquello que no encaja, debido a que escapa a la significación quedando fuera del orden simbólico. En este orden va a operar lo IMPOSIBLE, imposible de decir y representar, ya que al ser representado va a perder la esencia del mismo.
- El diagnóstico de VIH-SIDA, opera como un Real en el sujeto, debido a que se presenta de manera irruptiva, ubicándose bajo una forma inasimilable, en el que surge la angustia como único afecto que no engaña.
- Aquel acontecimiento inesperado, y que se muestra como Real es precisamente lo traumático, pues, va a presentarse como un agujero en el interior de lo simbólico, que insiste, ahí donde el sujeto no sabe cómo responder.
- Frente a lo inesperado del diagnóstico, el sujeto podría desimplicarse alegando que es un castigo impuesto por Dios, frente a ello, se da la desaparición del sujeto, al desprenderse el a, ubicándose en calidad de objeto.

- El pronóstico de posible muerte, puede invitar al sujeto a aferrarse a Dios como Otro absoluto, como recurso para su estabilización. De esta manera, no se responsabilizaban de su enfermedad.
- No se tratar de retirar el síntoma ni sostenerlo, se trata de que el paciente lo elabore y encuentre una forma sintomática menos dolorosa, es decir, lo que se trata por medio del trabajo es de flexibilizar el síntoma para que pueda vivir mejor.
- Debido al poco tiempo de hospitalización de los pacientes, el trabajo que se realizó fueron entrevistas preliminares de psicoterapia con orientación analítica, de emergencia o urgencia, según lo que necesitaba el paciente; es justamente por el poco tiempo de trabajo, que surge una dificultad de implicarlos, pues, en ocasiones es mejor no mover los propios recursos del paciente que los mantiene estabilizados.
- A pesar del poco tiempo de trabajo, se logró en alguno de estos pacientes que puedan hacerse cargo de esa culpa y que puedan implicarse en lo que lo que les sucedía.
- Fue notable en estos pacientes, un rasgo perverso, que se maneja en la dialéctica entre hacerse usar (masoquismo) y usar al otro (sadismo); aquí, el goce fue situado en la promiscuidad.

Recomendaciones-

Se recomienda que futuros interesados en el ámbito psicoanalítico, o futuros practicantes, continúen el trabajo de investigación sobre el VIH o VIH-SIDA, ampliando de esta manera los conocimientos en el campo, PUES, está enfermedad considerada mundialmente una pandemia.

En ese caso, estar preparados para trabajar con este tipo de pacientes se convertiría en un apoyo a nivel público, y la carrera de psicología clínica y la universidad Católica de Santiago de Guayaquil estaría aportando con sus profesionales a resolver problemas psico-sociales.

Bibliografía

Notas referidas

Ana Ricaurte. (26 de enero de 2007). EL MALESTAR DEL SUJETO POSMODERNO. la segregacion del amor en la epoca del Otro que no existe, consecuencias clinicas y sociales . Guayaquil, Ecuador.

Ana Ricaurte. (s.f.). la vestimenta imaginaria de la anorexia.

El poder de los homosexuales y el SIDA. (29 de Agosto de 2011). Recuperado el 05 de Diciembre de 2011, de <http://www.vidahumana.org/sida/item/794-el-poder-de-los-homosexuales-y-el-sida?tmpl=component&print=1>

Freud, S. (1905). tres ensayos para una teoria sexual. 7 , 123. Amorrourtu .

Freud, S. (1905). tres ensayos para una teoria sexual. (L. L. Torres, Trad.) El ateneo.

Gustavo Dessal. (2001). sobre el estadio del espejo en diferentes momentos de la enseñanza de Lacan. Madrid .

Lacan, J. (1964). el inconsciente y la repetición. En J. Granica (Ed.), los cuatro conceptos fundamentales del psicoanalisis. Paidos.

Lacan, J. (1962-1963). la angustia entre deseo y goce (Vols. seminario 10 -la angustia). (E. Berenguer, Trad.) paidós.

Michael C. Latham. (s.f.). nutricion humana en el mundo en desarrollo. Recuperado el 06 de Diciembre de 2011, de alimentacion y nutricion: <http://www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/w0073s0b.htm>

paciente. (19 de Agosto de 2011). relato. (E. Gavilanes, Entrevistador)

Puigjané, Silvina;. (s.f.). El psicoanálisis en la civilización del trauma. Recuperado el 27 de Enero de 2012, de http://www.unl.edu.ar/eol/art_16.html

Quiroga, O. (s.f.). El fantasma y la presencia real. Recuperado el 12 de febrero de 2012, de <http://www.kennedy.edu.ar/DocsDep29/Revista%20Letra%20Anal%C3%ADtica/Art%C3%ADculos/Oscar%20Quiroga/EI%20fantasma%20y%20la%20presencia%20real.pdf>

Rodilla, C. M. (s.f.). Recuperado el 7 de ENERO de 2012, de El sujeto tachado: un sujeto construido: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Endoxa-1998CED3AE54-F5D4-9682-3FF0-8D05A2FC4B45&dsID=sujeto_tachado.pdf

Rosa Uriz Iglesias, Cristina Catala Villanueva. (1991). ¿Qué es un niño en psicoanálisis? Pamplona, España: centro psicosocial de Navarra.

Textos consultados

Lacan, Jacques. Seminario XIV, La lógica del fantasma 1966-1967 Editorial Paidós.

Lacan, Jacques. Seminario XXVI, La topología y el tiempo 1978-1979 Editorial Paidós.

Miller , Jacques-Alain, los etcéteras del síntoma. Ed. Sección de Madrid de la EEP 1997

Camuña ,Juan, "sobre el inconsciente y el lenguaje -una introducción a Lacan" 2005

<http://es.scribd.com/ifdpsicologia/d/29636472-APUNTES-SOBRE-LACAN>

Artículos y notas escritos sin editar:

Guerrero Nora - El fantasma desde la perspectiva Lacaniana

Guerrero Nora - De las fantasías al fantasma

Guerrero Nora - Fantasías históricas y su relación con la bisexualidad (1908)

Notas de clase de "teorías III" año 2009

Notas de clase de "psicopatología general II" año 2009

Notas de clase de "psicopatología del adolescente" año 2010

Notas de clase de "psicoterapia II" año 2010-2011