

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL.

FACULTAD DE FILOSOFIA LETRAS Y CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA.

TEMA:

“Síntomas psicológicos de los pacientes del
servicio de hematología.

Respuestas Subjetivas ante la Idea de
Muerte.”

TRABAJO ESCRITO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA CLÍNICA

AUTOR:

CAROLINA HUERTA JARRIN.

DIRECTOR:

DR. NORA GUERRERO DE MEDINA.

GUAYAQUIL-ECUADOR.

AÑO 2012

A los enfermos del Hospital del Seguro Social, por que no solo su cuerpo tiene derecho a ser escuchado.

Contenido

Introducción.....	3
Capítulo 1.	5
El servicio de hematología,.....	5
Principales diagnósticos y sus definiciones.	7
Principales motivos de consulta.....	16
Capítulo 2.	18
La idea de muerte y el surgimiento de la Angustia.	18
Capítulo 3	26
El síntoma y otras respuestas ante la angustia.....	26
1. El Síntoma.....	26
2. Otras formaciones del inconsciente.	32
3. Acting-out y pasaje al acto.....	33
Capitulo 4.	35
Estructuras Clínicas.....	35
Capitulo 5.	42
Casos Clínicos en el Hospital del Seguro Social.	42
Bibliografía	50

Introducción.

El trabajo en el hospital regional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, principalmente en el área de hematología, nos confronta diariamente con un sinnúmero de realidades humanas, todas ellas dignas de análisis y estudio.

Entre estas encontramos la realidad de la contingencia humana, la fragilidad de la vida y sus límites. Es una realidad en la que usualmente no nos gusta pensar. Ya hace mucho sabemos que en el fondo el ser humano se “cree inmortal”. Sin embargo, esta realidad, con la que todos somos confrontados muchas veces a lo largo de nuestra vida, en la muerte de familiares, en la enfermedad de los amigos, adquiere un matiz distinto cuando se trata de una amenaza seria a la propia vida.

Este trabajo busca analizar las diferentes respuestas frente a la angustia que genera la idea de muerte. El motivo de derivación que más se presenta es el de atender quienes han recibido el diagnóstico recientemente o quienes van a iniciar su proceso de quimioterapia, y se encuentran muy “nerviosos” o angustiados. Ambas situaciones confrontan al enfermo con una realidad ignorada. La angustia que sienten es una señal de alarma frente a esto que se desconoce. La enfermedad médica lleva a los pacientes a encontrarse con la falta en la estructura.

Las siguientes páginas buscan ser una herramienta para los futuros practicantes de psicología del área de hematología quienes volverán a encontrarse con pacientes enfermos y angustiados que seguirán

generando los más diversos síntomas y que necesitarán un espacio para su palabra.

Objetivo General.

Analizar las diferentes respuestas que dan los pacientes del área de hematología del hospital regional de Seguro Social ante las ideas de muerte que el diagnóstico hematológico les produce.

Objetivos Específicos.

1. Describir el área de hematología y los diagnósticos médicos que se presentaron con mayor frecuencia durante el año de prácticas pre-profesionales 2011.
2. Analizar cómo una idea o representación, en este caso producida por un diagnóstico médico crítico, generan en el paciente angustia.
3. Describir la respuesta ante la angustia en tanto síntoma acorde a la teoría psicoanalítica.
4. Distinguir conceptual y clínicamente las principales configuraciones sintomatológicas neuróticas de la teoría psicoanalítica, especificando sus principales características y su etiología.

Capítulo 1.

El servicio de hematología, principales diagnósticos y motivos de derivación.

Desde el principio de su historia el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ha buscado dar atención médica a sus afiliados desde centros hospitalarios propios y con personal médico y paramédico también dependiente de la estructura orgánico-administrativa de la Institución. Es así como surgen los llamados Dispensarios médicos y las Clínicas del Seguro.

En la década de los sesenta surge la necesidad de organizar la atención con los criterios regionales del más alto nivel, surgiendo así el proyecto de la construcción de Hospitales regionales en Quito, Cuenca y Guayaquil. En el año 1970, con un poco atraso en comparación con los hospitales regionales de Quito y Cuenca; se inaugura el hospital Regional de Guayaquil, hoy llamado Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

En este hospital se atienden miles de pacientes al mes, siendo aplicadas y estudiadas en esta casa de salud todas las áreas de la medicina, desde la gastroenterología, la ginecología y la cardiología; hasta la dermatología, la endocrinología y la cirugía general; pasando por la oncología, la neurología, la neumología y la nefrología. Queda claro que este hospital recibe a gran variedad de pacientes, de todos los estratos sociales y con los más dispares diagnósticos médicos.

En un hospital con tan grande espectro de acción y tan diversa cantidad de pacientes los problemas organizacionales y burocráticos están a la orden del día. Dar una atención digna y a tiempo a todos los paciente es sin duda una empresa bastante complicada para el personal medico. En este contexto no se puede esperar que el equipo médico, por más excelente nivel que posea, se detenga a dar un acompañamiento más particular a cada paciente. Sobra decir que dicha labor no está contemplada dentro de sus funciones; sin embargo bajo el supuesto de que el ser humano es una unidad, y que el ámbito biológico no puede curarse completamente si el ámbito psicológico ó anímico no está siendo simultáneamente atendido; es sencillo concluir que el lugar de un psicólogo en el ámbito hospitalario es vital, y que todas las áreas de un hospital tan grande como el hospital regional del seguro social ecuatoriano deberían contar con un psicólogo para el trabajo con pacientes y familiares.

La realidad, sin embargo, dista mucho de ese ideal en el que un psicólogo distinto atiende a cada uno de los servicios de hospitalización. Durante varios años los practicantes del último año de la carrera de psicología clínica de la Universidad Católica han podido cumplir dicha falencia.

Durante el periodo 2011-2012 el grupo de practicantes desarrolló su trabajo en las áreas de oncología, traumatología, rehabilitación, neurología, medicina interna y hematología.

En el presente trabajo nos referiremos únicamente al servicio de hematología, sin descartar que las conclusiones puedan ser aplicadas a todas las otras áreas.

La Hematología (de gr. αἷμα, -ατος-, "sangre" y -λογία, "estudio") es la especialidad médica que se dedica al análisis de las propiedades de la sangre, al tratamiento de los pacientes con enfermedades en los componentes de la sangres; para ello se encarga del estudio e investigación de la sangre y los órganos hematopoyéticos (médula ósea, ganglios linfáticos, bazo, etc.) tanto sanos como enfermos.

Usualmente las enfermedades diagnosticadas en este servicio son de carácter crónico. Esto quiere decir que son enfermedades o trastornos que persisten o evolucionan durante un largo período de tiempo.

El servicio de hematología está conformado por un equipo médico que consta de cuatro médicos tratantes; profesionales especializados en el tratamiento de las enfermedades hematológicas; dos medicas residentes, estudiantes de la especialización en hematología, y un grupo rotativa de internos que son los estudiantes del último año de la carrera de medicina. A este equipo se le suman las enfermeras y camilleros de área.

Principales diagnósticos y sus definiciones.

1. Leucemia.

La leucemia (del griego leuco, λευκός: "blanca" y emia, αἷμα: "sangre") es un grupo de enfermedades malignas de la médula ósea (cáncer hematológico) que provoca un aumento incontrolado de leucocitos en la misma. Puede ser clasificada por el tipo de células que se ven afectadas.

Leucemia linfoide aguda, leucemia linfática aguda o leucemia linfoblástica aguda (LLA)

Es un cáncer de la sangre y la médula ósea. Este tipo de cáncer generalmente empeora rápidamente si no se trata. Es el tipo de cáncer más común en los niños.

Normalmente, la médula ósea elabora células madre sanguíneas (células inmaduras) que se convierten, con el tiempo, en células sanguíneas maduras. Una célula madre sanguínea se puede convertir en una célula madre mieloide o en una célula madre linfoide.

La célula madre mieloide se convierte en uno de tres tipos de células sanguíneas maduras: Glóbulos rojos, Plaquetas y glóbulos blancos. La célula madre linfoide se convierte en otra célula llamada linfoblasto y luego en uno de tres tipos de linfocitos (glóbulos blancos):

En el caso de la LLA, hay demasiadas células madre que se convierten en linfoblastos y no maduran para convertirse en linfocitos. Estos linfoblastos también se llaman células de leucemia. Las células de leucemia no funcionan como los linfocitos normales y no pueden combatir muy bien las infecciones. Además, en la medida que aumenta la cantidad de células de leucemia en la sangre y la médula ósea, hay menos lugar para los glóbulos blancos, los glóbulos rojos y las plaquetas sanas.

La leucemia mieloide aguda.

También conocida como leucemia mielocítica aguda o como LMA, es un tipo de cáncer producido en las células de la línea mieloide de los leucocitos, caracterizado por la rápida proliferación de células anormales que se acumulan en la médula ósea e interfieren en la producción de glóbulos rojos normales. La LMA es el tipo de leucemia aguda más común en adultos y su incidencia aumenta con la edad. Aunque la LMA es una enfermedad relativamente rara a nivel global, es responsable de aproximadamente el 1.2% de las muertes por cáncer en los Estados Unidos, y se espera un aumento de su incidencia a medida que la población envejezca.

Existen otros tipos de leucemia como la Leucemia linfocítica crónica, la Leucemia mieloide crónica (LMC) incluida dentro de los síndromes mieloproliferativos crónicos, y la Leucemia mielógena (LM), sin embargo de todas, los dos descritos son los únicos casos que se presentaron en el área durante el tiempo de prácticas.

Tratamiento.

El tratamiento recomendado en este tipo de padecimiento es la quimioterapia. En ésta se emplean diversos medicamentos especiales destinados a destruir las células leucémicas. Dicho tratamiento tiene tres fases: la de inducción a la remisión, la de consolidación y la de mantenimiento. En la fase de inducción a la remisión, cuya duración es de cuatro a cinco semanas, se intenta destruir la mayor cantidad de células malignas. Cuando ocurre la remisión, es decir el control temporal de la

afección, los síntomas de la leucemia exteriores desaparecen. En ciertas ocasiones la remisión es apenas parcial, por esta razón algunos síntomas no desaparecen del todo. La fase de consolidación dura de dos a tres semanas, mientras que la de mantenimiento debe llevarse a cabo hasta completar tres años de tratamiento.

2. Anemia.

Es una enfermedad sanguínea debida a una alteración de la composición sanguínea, determinada por una disminución de los glóbulos rojos. Rara vez se registra en forma independiente una deficiencia de uno solo de estos factores. La anemia es una definición de laboratorio que entraña un recuento bajo de eritrocitos y un nivel de hemoglobina menor de lo normal.

3. Linfoma de Hodgkin.

El linfoma es una proliferación maligna de linfocitos (células defensivas del sistema inmunitario), generalmente dentro de los nódulos o ganglios linfáticos, pero que a veces afecta también a otros tejidos como el hígado y el bazo. Dicho de otra forma, es un cáncer que se inicia en el tejido linfático. Durante el desarrollo de esta enfermedad se produce una merma en el funcionamiento del sistema inmunitario (las células encargadas de la defensa del organismo) que puede ser más severa cuanto más se haya diseminado la enfermedad. Además, si la médula ósea se ha visto afectada pueden producirse anemia u otros cambios en las células de la sangre.

Síntomas del Linfoma

Por regla general los linfomas se presentan como ganglios linfáticos aumentados de tamaño, que cuando aparecen en zonas accesibles como el cuello, las axilas o la ingle se pueden palpar evidenciando su tamaño aumentado. En otras ocasiones los ganglios afectados están muy internos (abdomen, mediastino...) y pueden pasar desapercibidos por lo que el diagnóstico es más difícil y sólo se consigue cuando aparecen otros síntomas (fiebre, pérdida importante de peso...) que obligan a realizar estudios más exhaustivos.

Tipos de Linfoma

Existen dos tipos principales de linfoma. El linfoma de Hodgkin o enfermedad de Hodgkin. Todos los demás tipos de linfoma se denominan linfomas no Hodgkin. Una vez determinado el tipo de linfoma, éste se clasifica según su pronóstico (probabilidad de recuperación) por grados: bajo, intermedio y alto. Sin embargo, un sistema más nuevo, denominado sistema REAL, divide los tipos de linfoma de acuerdo con su comportamiento clínico en tres categorías: indolente, agresivo y altamente agresivo:

- Los linfomas indolentes tienden a crecer de forma lenta. Aun sin ningún tratamiento, los pacientes con este tipo de linfoma con frecuencia viven muchos años sin presentar problemas a causa de la enfermedad. Para algunos de estos pacientes, no se recomienda ningún tratamiento hasta que se desarrollen síntomas
- Los linfomas agresivos y altamente agresivos crecen más rápidamente. Sin tratamiento, la esperanza de vida de estos

pacientes es de semanas o meses. Afortunadamente, la mayoría de los linfomas agresivos y altamente agresivos responden bien a la quimioterapia y muchos de ellos se curan.

Tratamiento.

Actualmente la base del tratamiento de los linfomas son la quimioterapia y la radioterapia aunque están apareciendo otras modalidades terapéuticas prometedoras. Es muy importante realizar un diagnóstico preciso y un buen estudio de extensión de la enfermedad, que nos permitan tener todos los datos necesarios para decidir el tratamiento más adecuado.

4. Mieloma múltiple.

Es un tipo de cáncer de la médula ósea, en el que existe una proliferación anormal de células plasmáticas. Dichas células de la sangre producen los anticuerpos (inmunoglobulinas) que nos defienden de infecciones y otras sustancias extrañas (antígenos). Se engloba dentro de los cuadros denominados gammapatías monoclonales. En el mieloma, se produce de forma continua y en cantidad mayor a la habitual, un anticuerpo o componente monoclonal (proteína M) que se puede detectar en el suero y/o en la orina del paciente.

Es una enfermedad relativamente frecuente que incide principalmente en personas mayores de 50 años; es responsable del 10 % de los cánceres hematológicos.

Tratamiento.

El objetivo principal de cualquier terapia tumoral es contener la enfermedad al máximo posible. En el caso del mieloma múltiple sólo puede alcanzarse una curación permanente en pacientes con una afección localizada (plasmocitoma extramedular, plasmocitoma solitario) y en pacientes más jóvenes después de un trasplante de médula ósea alógeno (procedente de otra persona). Por lo demás, con los métodos actuales, el mieloma múltiple no tiene curación. La finalidad de la terapia por lo tanto es alargar la vida y optimizar su calidad.

5. Aplasia medular.

La aplasia medular es la desaparición de las células encargadas en la médula ósea de la producción de la sangre. Como consecuencia aparecerá una disminución de los hematíes (glóbulos rojos), de los leucocitos (glóbulos blancos) y de las plaquetas en la sangre periférica.

La aplasia medular puede ser total, afectando a las células que producen los hematíes, los leucocitos y las plaquetas, o parcial si se ve afectada solamente una o dos de las líneas celulares.

Afecta aproximadamente a 5-30 personas por cada millón de habitantes por año.

Se trata de una enfermedad adquirida, habiéndose implicado en su desarrollo muy diversos agentes. Entre ellos los más frecuentes son infecciones (sobre todo virales), los fármacos, agentes tóxicos ambientales (benzol, pinturas, barnices, insecticidas, etc). Sin embargo, con frecuencia la causa de la enfermedad no se puede identificar (son los casos conocidos como idiopáticos).

Síntomas.

La sintomatología de la aplasia medular viene determinada por el grado de afectación de cada uno de los elementos que forman la sangre. Cuando la producción de eritrocitos se ve comprometida aparecerá anemia con sus síntomas acompañantes de palidez, astenia, dolores de cabeza, palpitaciones, falta de respiración, vértigos, calambres, etc. Si además está alterada la producción de los leucocitos, el paciente tendrá una exagerada tendencia a padecer infecciones, habitualmente por gérmenes poco comunes.

Finalmente, si se compromete la producción de las plaquetas será frecuente la presencia de hemorragias que podrán ser leves (epistaxis, gingivorragias), o podrán comprometer la vida del enfermo (hemorragias digestivas o cerebrales).

Tratamiento.

En aquellos casos en los que se haya identificado un factor desencadenante, el principal tratamiento consiste en suprimir el agente causante. Además deberá de realizarse un tratamiento de soporte encaminado a corregir la anemia y la trombopenia.

Este tratamiento se realiza mediante transfusiones de concentrados de hematíes y de plaquetas. Para paliar la disminución de los leucocitos deben de prevenirse las enfermedades infecciosas mediante la administración de antibióticos y extremando las medidas de asepsia.

Por último deberá de realizarse un tratamiento específico de la enfermedad, que estará en función de la severidad de la propia aplasia medular.

Los pacientes jóvenes y con una aplasia severa deberán de ser sometidos a un trasplante de médula ósea cuando se consiga un donante adecuado.

Otros tratamientos que pueden administrarse si no dispone de donantes son la globulina antilinfocítica o antitimocítica, corticoides, ciclosporina A, etc.

Cuando la aplasia no es severa o el paciente no tiene edad para someterse a un trasplante de médula, además del tratamiento de soporte pueden administrarse factores de crecimiento hematopoyético (que estimulan la producción de las células por la médula ósea) o las inmunoglobulinas antes comentadas.

El principal factor pronóstico de la aplasia medular es el grado de afectación de la médula ósea. Así mismo, el pronóstico está condicionado por el número de complicaciones que pueden suceder durante la evolución de la enfermedad.

Si bien hasta hace unos años el pronóstico, sobre todo de las formas severas, era relativamente malo, en la actualidad con la realización del trasplante alogénico de médula ósea, el pronóstico de estos pacientes está mejorando.

Principales motivos de consulta.

Por regla general, los pacientes atendidos psicológicamente estaban hospitalizados y padecían alguna de las enfermedades mencionadas. Frente a la pérdida de la salud el sujeto se coloca en una situación de incertidumbre las respuestas frente a esta incertidumbre constituían los principales motivos de consulta por los cuales los pacientes eran derivados a la practicante de psicología.

Los pacientes eran principalmente derivados luego de recibir su diagnóstico definitivo. Esto marcaba un hito importante ya que en las enfermedades hematológicas el diagnóstico diferencial es muy fino y debe ser realizado por especialistas de gran experiencia y posterior a varios exámenes de laboratorio. Usualmente los pacientes no comprenden a cabalidad sus enfermedades, y este no saber aumenta los niveles de ansiedad.

El paso a seguir por el equipo médico luego de determinar el diagnóstico es decidir el tipo de tratamiento que se aplicará a cada paciente; en esto mismo consiste el segundo gran motivo de derivación en el área de hematología, el inicio del tratamiento de quimioterapia. La quimio terapia está rodeada de una serie de mitos y leyendas usualmente basadas en el desconocimiento de los efectos secundarios y los beneficios del tratamiento.

Una vez iniciado el tratamiento, en la mayoría de los casos, los efectos secundarios no se hacen esperar. El paciente pueden empezar a sufrir de nauseas, pérdida de apetito, vómitos, pérdida de cabello, debilidad, astenia es decir cansancio general, entre otros. De este momento surge el tercer gran motivo de consulta, los pacientes se muestran “nerviosos”, “ansiosos”, “desesperados por salir”. El tratamiento los ha debilitado y se sienten físicamente muy mal lo cual abre una posibilidad hasta ahora latente para todos; la posibilidad de muerte, la angustia se vuelve insoportable y se dan situaciones como llantos, pesadillas, perdidas de sueño, poca colaboración con el tratamiento, etc. En este punto es necesario decir que la idea de muerte no mantiene relación con el mejor o peor pronóstico médico del paciente se trata más bien de una noción o idea de carácter subjetiva, esto será ampliado más adelante.

Las ideas de muerte surgen en los pacientes agrupados en cualquiera de las tres grandes categorías en las que hemos dividido los principales motivos de consulta del área. Sin embargo es cuando la salud está más decaída que la posibilidad de morir se presenta como atormentadora.

Capítulo 2.

La idea de muerte y el surgimiento de la angustia.

Todas las personas que se acercan al hospital o a cualquier casa de salud, lo hacen después de haber soportado vivir con un conjunto de síntomas que aparecen sueltos y desconectados por algún tiempo antes de considerar importante acercarse al saber médico para remediar sus dolencias.

En los doctores se ubica un saber que puede organizar el conjunto de esos síntomas en un diagnóstico específico. Todo diagnóstico tiene implícito un tratamiento capaz de curar la enfermedad encontrada y de esta manera remediar los síntomas y las dolencias que en un principio acercaron al paciente al hospital.

Como hemos especificado antes, en los pacientes del área de hematología los diagnósticos suelen estar acompañados de la idea de que muchas cosas cambiaran en la vida del paciente, por ejemplo la alimentación y varios hábitos poco saludables como fumar o beber alcohol en exceso.

La mayoría de las enfermedades hematológicas son crónicas, es decir no tienen una curación definitiva, y muchas ameritan como tratamiento la quimioterapia. Como regla general los pacientes que eran hospitalizados en el área de hematología del Teodoro Maldonado Carbo se encontraban en tratamientos de quimioterapia y era necesario mantener un control sobre su evolución.

La quimioterapia trae consigo un conjunto de mitos, leyendas y verdades un poco confusas para los pacientes. En los corredores se escucha conversar a los familiares, sobre los devastadores efectos del tratamiento, sobre la pérdida del cabello y los vómitos, entre otros efectos secundarios; sobre como el tratamiento debilita en extremo a los pacientes antes de ver cualquier mejoría. Todo esto, como es de esperarse, aumenta la angustia en pacientes y familiares dado que ya no se trata únicamente de un creciente miedo a la muerte sino también un miedo al sufrimiento que el tratamiento conllevará.

Usualmente personas poco entendidas del tratamiento refieren que “la cura es peor que la enfermedad”, sin embargo la tecnología y la ciencia médica no ha podido hasta ahora desarrollar una opción que pueda tener los resultados que los procedimientos químicos han logrado, a pesar de los penosos efectos secundarios.

En este momento debemos aclarar que en este trabajo nos referimos a los síntomas que el sujeto produce frente a la idea de morir, no frente a la muerte biológica en sí. Hacemos esta diferenciación ya que hemos estado enumerando una serie de factores que afectan la salud biológica del paciente y que en consecuencia confronta al paciente con la idea de morir. Esta idea es angustiante en general, ya que bien lo dijo Sigmund Freud, nuestro inconsciente no cree en la propia muerte, se conduce como si fuera inmortal.

La idea de muerte es perturbadora ya que se trata del no-saber absoluto. No existe un conocimiento, fuera de las respuestas religiosas, que pueda

ser tranquilizador para el sujeto que se ve confrontado con la idea de morir. Esto quiere decir que el sujeto se ve con un límite, un límite a su capacidad de entender, de simbolizar y de darse respuestas. El encuentro con este tope es lo que genera angustia en el paciente.

Llegado este punto es importante determinar y definir varios conceptos. Empezaremos con el concepto de angustia. Si buscamos en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española vemos que la definen como:

“1. Aflicción, congoja, ansiedad.

2. Un temor opresivo sin causa precisa”.

Si buscamos en un diccionario psicoanalítico encontraremos la siguiente definición:

“Afecto de displacer más o menos intenso que se manifiesta en lugar de un sentimiento inconsciente en un sujeto a la espera de algo que no puede nombrar. La angustia se traduce en sensaciones físicas, que van de la simple contracción epigástrica a la parálisis total, y frecuentemente está acompañada de un intenso dolor psíquico. (Chemama)”

La angustia constituye una reacción a un peligro experimentado por el sujeto que sin embargo no puede aprehenderlo con precisión y menos aún explicárselo. Se diferencia del miedo, en que el miedo que refiere a un objeto bien determinado, y del terror en que éste deriva por el efecto de sorpresa en un sujeto no preparado para la irrupción de un acontecimiento particular. Estas nociones son claramente definidas por

Freud en más allá del principio del placer. 1920. La angustia (Angst), por su parte, sería característica de un estado de espera relativo a un peligro no identificado con claridad.

En Freud hay dos teorías sobre la angustia. La primera donde es un exceso de energía libidinal que no es descargada y la segunda donde se trata de una señal de alarma. La primera responde a una explicación esencialmente económica así como la segunda una explicación más bien dinámica.

Así pues, en un primer momento Freud ubicaría la angustia como la transformación de la excitación sexual acumulada y que el sujeto no tiene la capacidad de satisfacer; la libido no satisfecha produce un monto de excitación que al no ser descargado se transforma directamente en angustia. En los "Tres ensayos para una teoría sexual" de 1905, habla de una "angustia neurótica" producida por represión en donde el niño se angustia al no poder obtener satisfacción por la ausencia de la madre: es la represión la que produce una transformación de la energía libidinal en angustia.

En un segundo momento vemos que Freud ubica dos fuentes de angustia. Una involuntaria, originaria, que se instaura cuando el sujeto está en una situación de peligro similar al desamparo del lactante y la segunda como un efecto de alarma por la pérdida de ese objeto. La función de la angustia aquí sería la de intentar evitar el peligro. Es una teorización diversa de la anterior en la que la represión causaba angustia, ahora Freud dice que la angustia es la que causa la represión.

Jaques Lacan por su parte plantea que la angustia no es sin objeto. Esta tiene un objeto, el objeto *a*, el objeto perdido, cuyas huellas encontramos en las manifestaciones del inconsciente.

Lacan considera que la angustia no surge cuando el objeto está a punto de perderse sino cuando el objeto perdido está a punto de dejar de estar perdido. En el lactante la angustia no surge por la pérdida del seno materno o de la madre en sí, sino por la omnipresencia de estos.

Desde la teoría de Lacan, para que el sujeto pueda ser deseante es necesario que ese objeto pueda faltarle. Si falta la falta, falta el deseo, ya que no hay la necesidad de movilizarse a buscar ese objeto que no está. Así pues, la angustia surge cuando algo, no importa que, venga a aparecer en el lugar que ocupa el objeto causa del deseo. Cuando el objeto no falta surge la angustia. Así la angustia no sería la señal de una falta sino la manifestación para un sujeto de la carencia de ese apoyo indispensable que es para su deseo la falta.

Un segundo término a definir es el concepto de Trauma.

El trauma es un concepto básico en la teoría psicoanalítica planteada por Freud. Se entiende por trauma a un acontecimiento inasimilable para el sujeto, generalmente de naturaleza sexual. Freud se refiere al trauma con las siguientes palabras: «Llamamos así a una experiencia vivida que aporta, en poco tiempo, un aumento tan grande de excitación a la vida psíquica, que fracasa su liquidación o su elaboración por los medios normales y habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético»

La teoría freudiana sobre el trauma lo ubica en dos momentos. En el primer momento donde existe un sustrato material al trauma, es decir cuando el suceso traumático se lleva a cabo. En este momento el sujeto no se ve afectado por el acontecimiento hasta el segundo momento después de la pubertad donde por retroacción (*après-coup*) los significantes adquiridos luego de la pubertad dan significado y sentido al acontecimiento traumático y es entonces que empieza a generar malestar en el sujeto.

El psicoanálisis plantea que el trauma principal, es el ingreso al lenguaje, dado que el sujeto tiene que elegir renunciar a algo para poder entrar en la cadena signifiante.

Otro concepto a definir es el de Lo Real. En el seminario X, *l'Angoisse* (1962-1963), Lacan escribe: «De lo real, por lo tanto, del modo irreductible con el cual ese real se presenta en la experiencia, de ello es de lo que la angustia es la señal». Veamos qué quiere decir Lacan con Lo Real.

Lacan explica la constitución subjetiva como una estructura dinámica organizada en tres registros equivalentes entre sí; lo Real, lo Imaginario y lo Simbólico. Estos tres registros se hallan imbricados según la forma de un nudo borromeo, esto quiere decir que el desanudamiento de cualquiera de los tres provoca el desanudamiento de los otros dos. Los tres registros delimitan un agujero central irreductible en el que Lacan ubicó al objeto *a*.

En el registro de lo Simbólico Lacan ubica los fenómenos del lenguaje. Es el campo regulado por lo social y cultural, el orden que pre-existe al ser

hablante la red de palabras que están antes del nacimiento de un sujeto, y que por lo tanto lo determinan. Son representaciones lingüísticas que tienen un peso en la historia del sujeto y que le permiten no solo comunicarse sino también ordenarse. Lo simbólico implica un malentendido ya que no-todo puede decirse, el significante se presenta como ambiguo por que el sujeto no comprende todo lo que le viene del Otro, y tampoco puede explicarle todo al Otro. También hay una imposibilidad de poder significarlo todo ya que hay un resto que no es simbolizable, es decir que no es dialectizable en el lenguaje.

Lo imaginario es la dimensión que recoge los afectos, las fantasías el deseo el reconocimiento como también la imagen del cuerpo, especular que se constituye en el estadio del espejo. En este registro se sitúa la construcción del yo y la imagen corporal que se deriva de la identificación que se obtiene a partir de la imagen ilusoria de completud que el espejo devuelve, es la relación especular. Esta ilusión de completud tiene un origen narcisista y es donde se asientan los celos, la simpatía, el transactivismo y la agresividad. Esta es la base de la socialización pero apoyada en la relación yo-tu en el que no hay un tercero que medie la relación.

Lo real es aquello que goza sin ley, sin sentido y que el sujeto está forzado a repetir. Lo real aparece cuando se rompe el principio del placer, la ley o el sentido. A pesar de que su presencia es imprevista, su retorno aunque el sujeto no quiera que se repita es siempre de la misma manera, ya sea en conductas actos o pensamiento. Frente a esta imposibilidad el sujeto puede reconocer la presencia de un goce en el otro que no puede

satisfacer entonces la pregunta que surge en esta dimensión es ¿De qué goza el Otro? la respuesta va a girar alrededor de los objetos pulsionales que han construido en los orificios del cuerpo; es allí donde se sitúa el objeto a, objeto que también sirve para establecer un lazo con el otro.

Vemos entonces que lo real se ubica como aquello que surge frente al sujeto sin capacidad de simbolización, lo que está fuera del lenguaje.

Articulando los tres conceptos explicados, podemos ver que la enfermedad se presenta para el paciente desde lo Real, es aquello que se hace presente sin aviso y frente a lo cual el sujeto se queda sin elaboración y sin respuestas. Por el lado del trauma vemos que la enfermedad puede traer los miedos ya inscritos en el sujeto. El paciente confrontado a todo esto se ve rápidamente presa de la angustia, la forma como el paciente reaccionará o busque trabajar esa angustia no es casual ni accidental responde a una estructura específica.

Dentro del psicoanálisis se habla únicamente de tres estructuras clínicas la neurosis, la psicosis y la perversión. La estructura que más se presentó durante el año de prácticas en el área de hematología fue la estructura neurótica. Por lo tanto se estudiará la forma como los pacientes con estructuras neuróticas reaccionan ante la angustia de la idea de muerte.

Capítulo 3

El síntoma y otras respuestas ante la angustia.

Como se ha dicho en el capítulo anterior la angustia es una señal de alarma que carece de un objeto específico. En los pacientes del Servicio de Hematología, la angustia surge por varios motivos, uno de ellos el miedo a la posibilidad de muerte que se presenta ante ellos como un Real imposible de simbolizar.

El ser humano, cualquiera sea su posición reacciona frente a esta angustia avasalladora y en su afán por controlar y dar una respuesta frente esta experiencia que le resulta insoportable, nunca cesa de inventar formas de hacer con ella. Estas deferentes formas de hacer con la angustia las denominamos manifestaciones sintomáticas,

En el conjunto de manifestaciones sintomáticas se incluyen síntomas como el llanto, el insomnio, el hipersomnio; y las demás formaciones del inconsciente: los sueños, los actos fallidos y los chistes. A parte de estos el acting out y el pasaje al acto son otras dos opciones del sujeto frente a la angustia. A continuación se hará un recorrido teórico de cada una de ellas.

1. El Síntoma.

El psicoanálisis teoriza 3 estructuras clínicas: la neurosis, la psicosis, y la perversión, cada una tiene diferentes manifestaciones sintomáticas de acuerdo a sus características particulares. A continuación se hará

referencia al síntoma en particular, en otro momento se tomará en consideración las diferentes manifestaciones sintomáticas de acuerdo a cada estructura.

El síntoma no es un concepto inventado por el psicoanálisis o la psicología, es una importación de la medicina y la psiquiatría. La palabra síntoma viene del latín *symptōma*, en el Diccionario de la Real Academia de la lengua Española se encuentra la siguiente definición:

“1. Se trata de un fenómeno revelador de una enfermedad;

2. Una señal o indicio de algo que está sucediendo o va a suceder”

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) se refiere al síntoma como un término técnico que significa:

“Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afecto más que observados por el examinador.”

Un ejemplo sencillo podría ilustrar con facilidad la diferencia entre la concepción psicoanalítica del síntoma y la médica psiquiátrica. La fiebre, un alza térmica importante suele ser producto de un proceso infeccioso, un médico buscará el lugar de esta infección para poder curarla y conseguir así que la temperatura regrese a su nivel normal. La fiebre sería el síntoma y el objetivo del médico es eliminar la infección para que el síntoma cese.

La teoría psicoanalítica tuvo la suerte de que Sigmund Freud decidiera empezar a trabajar igual que sus colegas médicos desde el síntoma. Para el psicoanálisis a diferencia de la medicina no buscará eliminarlo o

controlarlo como en el caso de la fiebre, sino que considera que el síntoma no es una casualidad sino un elemento dirigido al Otro, y por lo tanto siempre tiene algo que decir. Freud dice: “Donde la psiquiatría lo cierra y objetiviza en una nomenclatura, el psicoanálisis lo hace hablar”. La teoría psicoanalítica ha demostrado que el síntoma es rico en sentido y que se entrama con las vivencias de las personas que los presentan.

Para el psicoanálisis “Siempre que nos hayamos en la presencia de un síntoma debemos deducir la exigencia en el enfermo de procesos inconsciente que contienen precisamente el sentido de dicho síntoma.” (Freud, 1915- 1917)

Para Freud es necesario escuchar el síntoma ya que este es un sustituto, una forma sustitutiva y un poco deformada que encontró la pulsión para satisfacerse, este sustituto tiene las huellas que le dejó la defensa cuando intento reprimirlo, es por eso que es irreconocible para el propio sujeto, y es experimentado a nivel del Yo como sufrimiento.

Freud explica, en la Conferencia 23; “Modos de Formación del Síntoma” que el síntoma es el resultado de un conflicto entre dos fuerzas que se enfrentan en torno a una nueva forma de satisfacción sexual (Freud, 1915- 1917). Estas dos fuerzas que son por un lado la pulsión, y por el otro la defensa, ahora van a coincidir al formar el síntoma.

Por su lado, la libido está constantemente buscando tener una satisfacción total. Aquella satisfacción que solo obtuvo en un primer momento cuando el sujeto era un infante dichoso y nada le faltaba.

Cuando la libido busca investir un nuevo objeto, la realidad se mantiene inexorable y la rechaza.

La libido no habría emprendido el camino de la regresión sino hubiera sido rechazada y echada de sus posiciones más avanzadas. Es así que la libido acepta una satisfacción parcial que sólo consigue regresando a alguno de los objetos que en el pasado utilizó para su satisfacción. La libido va buscando en el camino de la regresión satisfacerse con aquellos objetos que ya fueron superados y resignados en el pasado.

En su camino la libido se va encontrando con los objetos en los que esta quedó fijada en algún estadio previo. Sería imposible pensar que la libido regresa a estos objetos “casualmente” sin la presencia de la fijación, es esta la que los hace atractivos para la libido. Con fijación nos referimos a una ligazón privilegiada de la libido con imágenes, o tipos de satisfacción libidinal u objetos vinculados a los estadios pre-genitales.

¿A qué objetos se refiere Freud? Indudablemente se trata de actividades y sucesos de la sexualidad infantil, tendencias parciales abandonadas y a los primitivos objetos infantiles. Freud nos dice: “Sucesos puramente accidentales sobrevenidos en la infancia son susceptibles de motivar fijaciones de la libido” (Freud, 1915- 1917).

En el pasado el Yo se defendió de estos objetos que quedaron fijados, pero ahora son la única opción de la libido para satisfacerse escapando de las defensas. Dado que esta satisfacción tiene mucho de real, el sujeto no puede reconocerla y como hemos dicho la percibe como sufrimiento.

Según la teoría de Freud el síntoma repite una modalidad de satisfacción de la temprana infancia. Todo síntoma es el retorno con otra cara, con una cara deformada, de lo que fue reprimido en el pasado. Como vemos el síntoma tiene dos caras; la defensa y la pulsión, es por esto que es tan persistente puesto que esta sostenido por los dos lados.

Evidentemente la formación del síntoma es de carácter inconsciente y por lo tanto sufre los procesos que allí son posibles la condensación y el desplazamiento. Freud explica que el inconsciente está estructurado como una serie de cadenas, con eslabones que se conectan unos con otros a través de las asociaciones. En el síntoma una representación traumática es separada de su carga afectiva para que esta carga sea depositada o trasladada a otra representación que no sea intolerable para el sujeto.

Es así que el síntoma sostiene una carga afectiva que engaña al sujeto, es por esto que un análisis superficial del síntoma, o el exhortar al sujeto a que deje de hacer algo o que entienda las razones para modificar alguna conducta serían de escaso provecho, dado que de cambiar lo que se movilizaría sería únicamente la representación que rememora aquella que es intolerable y la representación traumática original no se vería afectada, el síntoma simplemente se desplazaría una y otra vez.

Cuando el psicoanálisis busca que el sujeto asocie libremente lo que hace es indagar esas conexiones entre una representación y otra, ubicar los eslabones y como se conectan, para intentar rodear esa representación

intolerable, que responde a la cara Real de síntoma, sobre la cual el sujeto no se puede decir nada.

El síntoma no es fortuito sino que es necesario que haya una disposición anterior y un suceso actual. Al conjugarse los dos elementos es que el proceso de formación del síntoma arranca.

El primer elemento, la predisposición, se refiere a los eventos acaecidos durante la infancia. Los acontecimientos que ocurren en la infancia son de particular importancia porque es un tiempo temprano de la vida del sujeto y el desarrollo psíquico aún no está completo.

Para Freud esta disposición del sujeto está conformada por dos elementos. El primero recoge los factores hereditarios, incluyendo los eventos de la vida intrauterina y las realidades genéticas. El segundo elemento refiere propiamente a los hechos ocurridos en los primeros años de vida del sujeto. El desarrollo del psicoanálisis ha dado suficientes ejemplos para dejar en claro la íntima relación de los sucesos de la vida sexual infantil con el desarrollo posterior de la vida de los sujetos.

Estos dos elementos que constituyen la disposición se suman a un nuevo elemento que está constituido por los factores actuales. Este nuevo factor se ubica como un desencadenante que permite la re-significación de los acontecimientos de la infancia. Únicamente en este segundo momento, y por el regreso de la libido a los acontecimientos anteriores, es que adquieren el carácter de traumático.

En los casos atendidos en el Hospital Regional del Seguro Social este nuevo elemento que se ubica como desencadenante era el diagnóstico

médico. El hecho de recibir el diagnóstico y el miedo a la posibilidad de muerte que éste lleva implícito es lo que inicia el proceso de formación del síntoma, con el cual el sujeto intentará dar respuesta a la angustia.

Está de más decir que en cada sujeto, los factores congénitos y hereditarios, y las experiencias infantiles que configuran la disposición son infinitamente distintos por lo tanto las respuestas sintomáticas serán distintas a pesar de que varios pacientes reciban el mismo diagnóstico médico.

2. Otras formaciones del inconsciente.

Los Actos fallidos son muy frecuentes pero no son característicos de ningún estado patológico. Se trata de aquellos fenómenos que se producen cuando una persona dice una palabra por otra, escribe una cosa distinta de lo que tenía intención de escribir, escucha una cosa distinta de la que se le dice, ó lee algo distinto a lo que está escrito. También entran en esta categoría el olvido de los nombres propios, pero únicamente olvidos pasajeros que terminan cuando se escucha a otra persona pronunciar el otro olvidado y se está en la posibilidad de reconocer dicho nombre.

Los sueños, las formaciones oníricas de los sujetos cuando no están en vela, constituyeron el primer campo de estudio de la teoría psicoanalítica. Mantienen mucha similitud con el modo de formación de los síntomas antes descrito.

Para la teoría psicoanalítica tanto a los sueños como a los chistes y los actos fallidos adquieren una particular importancia. Bajo la premisa

de la existencia del inconsciente estos fenómenos, para algunos casuales, adquieren un sentido. Con sentido nos referimos a la intención a que dicho proceso o fenómeno sirve en una serie psíquica. (Freud, 1915- 1917). Por tanto se puede afirmar que mantienen íntima relación con la vida psíquica de las personas que los presentan.

En consecuencia todo psicólogo clínico debe prestar igual atención a estos fenómenos en el discurso de los pacientes como a los síntomas, para poder dilucidar la forma como cada sujeto particular intenta hacer con la angustia.

3. Acting-out y pasaje al acto.

Existen otras formas de hacer con la angustia, por un lado el acting-out era definido habitualmente como un acto inconsciente, cumplido por un sujeto fuera de sí, que se producía cuando el sujeto no era ya capaz de un «acordarse de» o sostener la cadena significativa.

En este acto, siempre impulsivo, el psicoanalista ve la señal de la emergencia de lo reprimido, y un mensaje que se envía al Otro.

El acting-out es entonces una conducta sostenida por un sujeto y que se da a descifrar al Otro. El acting-out se da a oír a un Otro que se ha vuelto sordo. Es una demanda de simbolización exigida en una forma intensa.

El que actúa en un acting-out no habla en su nombre. No sabe que está mostrando, del mismo modo en que no puede reconocer el sentido de lo que devela.

El pasaje al acto por su parte es un actuar impulsivo incontrolado e incontrolable de carácter inconsciente y no un acto ya que contrariamente al acting-out, no se dirige a nadie y no espera ninguna interpretación.

El pasaje al acto surge cuando un sujeto se confronta radicalmente con lo que es como objeto para el Otro. Cuando el sujeto se ve ubicado como pequeño a que se encuentra fuera de todo marco simbólico, reacciona de un modo impulsivo, con una angustia avasalladora que es incapaz de manejar. El pasaje al acto es siempre un dejarse caer, por esto el ejemplo más paradigmático es el suicidio; donde el sujeto busca salir de la escena.

Estos dos modos de respuestas ante la idea de muerte son en realidad las últimas alternativas de un sujeto que justamente no puede manejar la angustia.

Capítulo 4.

Estructuras Clínicas.

En el capítulo anterior, se analizó el síntoma en singular. Sin embargo es necesario definir algunas consideraciones acerca del desarrollo de cada síntoma. En primer lugar, por más que parezca evidente, el síntoma surge en un sujeto dado, en un ser hablante. Si bien ya hemos dicho que todo síntoma está sobre determinado por factores que son inherentes a cada persona, existen ciertos elementos constitutivos que marcan esas líneas que sobre determinan al síntoma. Para explicar esto de forma más clara, desde el principio de su obra Freud hizo referencia a 3 estructuras clínicas.

Eran las estructuras que Freud encontraba en la realidad de su tiempo y de su sociedad, y todas eran en aquel entonces consideradas anomalías patológicas. Freud pudo retirarles las etiquetas de “enfermedad” o de “patología mental”, para conservar las líneas esenciales que delimitan y definen cada estructura.

Las estructuras clínicas postuladas por la teoría psicoanalítica son la psicosis, la neurosis y la perversión. Igual que en el caso del Síntoma son conceptos importados de otras ciencias como la medicina y la psiquiatría.

Cada una de las tres estructuras, son objeto de amplios estudios, análisis, tesis e investigaciones, no obstante para los objetivos del presente texto es necesario hacer únicamente un breve recorrido por cada una de ellas.

En primer lugar la historia del concepto de neurosis se inicia con el médico escocés William Cullen en 1769. Cullen usaba el término neurosis en referencia a los trastornos sensoriales y motores causados por enfermedades del sistema nervioso. En este sentido la neurosis abarcaba una increíble y dispar cantidad de trastornos nerviosos, desde el tétano, la depresión (en aquel momento llamada melancolía) la enfermedad de Parkinson hasta los desmayos, las fobias y las manías.

Sería en exceso complicado hacer una línea de tiempo del desarrollo de concepto de neurosis, principalmente por que su uso y definición cambiaba mucho de país a país.

Cuando en psicoanálisis se habla de la estructura neurótica se refiere a un sujeto que hace su entrada al lenguaje a través del estadio del espejo. Esta conceptualización es realizada por Lacan en 1949 en el congreso internacional de psicoanálisis en Zúrich.

Efectivamente el niño entra al lenguaje mucho antes de su nacimiento, ya que desde el embarazo la madre ya está significándolo y nombrándolo, va construyéndole un espacio en el que dice “quiero que tu vivas”.

Para Lacan el estadio del espejo es el proceso que permite la formación de la función del yo. El niño que ya ha sido sumergido en lo simbólico por el Otro que se dedica a articular, significar y ordenar todos sus gritos y llantos, se ve reflejado en el espejo sostenido por los brazos de su madre. El niño encuentra la imagen que ve reflejada como una unidad completa, muy distinto a la forma como se percibe a si mismo o sea fragmentado. En este punto la madre ubicada en el lugar del Otro le dice “ese del

espejo eres tu”, al aceptar esta nueva imagen el niño pierde algo, “si este soy yo, ya no soy el que era, entonces al aceptarlo algo perdí”.

Desde este punto el niño también quedará identificado con la madre que lo sostiene, esta unidad perceptual solo será rota por el padre que desvía la mirada de la madre en otra dirección.

Más adelante en el desarrollo del niño encontramos el complejo de Edipo.

Jacques Lacan conceptualiza el complejo de Edipo en tiempos lógicos no cronológicos. El primer tiempo lógico llamado alienación es el momento en el que la madre y el niño forman uno solo en una unidad perceptual. El niño se ubica como aquello que a la madre le falta. Se ubica como objeto de esta. El segundo tiempo es la interdicción, aquí la función paterna va a ejercer un acto prohibición, diciendo que “no todo es posible” y hará un corte entre el sujeto y la madre. En este tiempo la madre queda como castrada, en falta y el padre aparece como Fallo.

El tercer tiempo es la identificación, cuando finalmente el sujeto se habrá identificado y estructurado como sujeto deseante, tendrá sus propios deseos y se reconocerá como sujeto independiente y podrá realizar una identificación con la posición femenina o masculina.

Entonces la estructura neurótica tiene su propia forma de negar la represión (*verdrangung*). Lo característico de la estructura neurótica es que está en falta, es deseante y se dedica perpetuamente a buscar eso que desea.

Dentro de esta estructura clínica tenemos la neurosis histérica y la neurosis obsesiva. Para ambas Freud nos presenta un ejemplo clínico, en la primera nos presenta el Caso de Dora y el caso del hombre de las ratas para mostrarnos la neurosis obsesiva.

Existen claras diferencias entre uno y otro de los “dialectos” de la neurosis. Podrían ser explicadas desde una serie de variables.

Las representaciones por ejemplo; en la Neurosis obsesiva se suprime lo afectivo de la idea insoportable y se mantiene la idea, mientras que en la histeria la defensa suprime la idea insoportable y mantiene los afectos.

Cuando un paciente histérico hace una narración sobre sus problemas el conflicto es intersubjetivo esto quiere decir que es con el Otro. A su vez en la obsesión el problema que lo aqueja es intrasubjetivo, o sea consigo mismo.

En cuanto a la etiología la histeria Freud formula que existió una experiencia de pasividad sexual previa a la pubertad, esta experiencia donde hay otro que abusa es vivida con miedo, indiferencia, o asco y vergüenza.

Al hablar de la etiología de obsesión encontramos una experiencia .sexual previa a la pubertad en la que se tiene un papel activo y la experiencia es vivida con placer.

En cuanto a los síntomas, los pacientes de estructura neurótica histérica suelen inscribirlos en el propio cuerpo, en la época de Freud eran comunes los desmayos, inhibiciones y catatonias. Mientras que los

síntomas obsesivos van a ir más por el lado de la duda, el sentimiento de culpabilidad.

Evidentemente la elección entre un tipo y otro de neurosis, así como la elección de la estructura, es inconsciente. Está determinado por factores como la modalidad de defensa y no es una elección de libre albedrío sino una elección forzada por la entrada del niño al lenguaje.

En segundo lugar está la psicosis. Clínica psiquiátrica, el concepto «psicosis» se toma casi siempre en una extensión extremadamente amplia, comprendiendo toda una serie de enfermedades mentales, tanto si son manifiestamente organogénicas (como la parálisis general progresiva) como si su causa última es problemática (como la esquizofrenia). (LaPlanche, 1967)

Al igual que la neurosis esta estructura contiene dos formaciones distintas la paranoia y la esquizofrenia.

El caso con el que Freud nos presenta con esta estructura es el del Presidente Schreber, el autor de “Memorias de un neurópata” en 1903.

Se trata pues de una estructura que se puede identificar por los fenómenos elementales. Fenómenos como deslocalización de los objetos pulsionales, alucinaciones auditivas o visuales. Usualmente estos pacientes son tratados medicamente por psiquiatras. Usualmente se la relaciona con la “desconexión con la realidad”.

Para la teoría psicoanalítica el delirio es una forma que usa el sujeto psicótico para aferrarse a la realidad, es una especie de suplencia que

mantiene los tres registros del nudo borromeo, el real el simbólico y el imaginario, unidos. Cuando el psicoanálisis habla sobre el delirio psicótico lo que está en juego no es la realidad, sino la certeza que guarda el sujeto, es esa certeza la que sirve para anudar de forma sustituta los nudos.

Esta es una estructura caracterizada por la forclusión del Nombre del Padre, es decir el Padre no pudo separar la unidad perceptual que la madre y el hijo formarán en un primer momento de la constitución subjetiva; dejándolos en una alienación o pegoteo permanente. A este fenómeno Lacan lo denominó forclusión. Lo que quiere decir es que no hubo ni habrá Nombre del Padre en este sujeto.

La tercera estructura que nos describe Freud es la perversión. La palabra perversión hace referencia a una forma de comportamiento sexual considerado un desvío de la norma, es decir la unión heterosexual genital.

Es importante hacer una diferenciación entre la perversión y los actos perversos. Dado que es posible encontrar actos perversos en sujetos que no tienen una estructura perversa.

Freud llegó a decir que la perversión es el negativo de la neurosis. Con esto Freud intentaba explicar que el perverso, al contrario del neurótico que sufre las consecuencias de su goce, vive solo para gozar. El neurótico usualmente busca la asistencia de un analista por tener una queja, en cambio el perverso no busca al analista ya que en general no busca ningún saber pues supone que ya lo tiene.

Lo que caracteriza a la perversión y la diferencia de las otras estructuras clínicas es su forma de negar es la denegación (verleunung). El perverso deniega la castración; percibe que la madre no tiene falo y al mismo tiempo rechaza aceptar la realidad de esa percepción.

Actividades como el fetichismo son claros ejemplo de perversión ya que en ellas los objetos otorgan al sujeto una sustitución que les permite velar el falo faltante en la madre.

Como se puede ver cada estructura tiene sus características particulares y las formaciones sintomáticas en cada estructura son distintas. Por lo tanto el psicólogo debe estar siempre atento para poder diferenciarlas y para poder ubicar la dirección de la cura de acuerdo a cada estructura de manera distinta.

Capítulo 5.

Casos Clínicos en el Hospital del Seguro Social.

En los siguientes casos se intentará ilustrar cómo lo explicado en los capítulos anteriores se presentaba a diario en la práctica psicología del hospital del Seguro social.

El paciente a quien se nombrará W es un hombre de 48 años. Avanzó en su educación hasta los primeros años universitarios y luego la dejó para trabajar en el campo, administrando una hacienda bananera.

El Sr. W. es divorciado, sus hijos y ex esposa viven en una provincia lejana, mientras que él con su nueva pareja conviven con la hija de ella en la provincia de Los Ríos.

El Sr. W. es internado en el servicio de hematología con un cuadro de 2 meses de evolución. Después de una serie de exámenes es diagnosticado con Aplasia de Medula Ósea.

Dado que el Sr. W. estuvo internado en dos periodos las entrevistas se dieron en dos grupos claramente diferenciados, por la temática que marcaba su estado de salud.

El primer momento, se presenta un paciente que se recupera de su primera crisis hematopoyética; el Sr. W. en forma fuerte y enérgica se decide a iniciar un tratamiento nuevo y muy costoso que el Seguro Social importa en casos como el suyo. Es dado de alta por un mes hasta que las medicinas lleguen al país.

Durante esta etapa el Sr. W. narra en las entrevistas como van surgiendo miedos sobre su enfermedad, temores acerca de su trabajo y el futuro de su familia. Se muestra muy preocupado por sus hijos a quienes no ve seguido por que ellos, viven con su madre en una provincia de la Sierra ecuatoriana. Dice pensar que el morir y no ser un ejemplo para sus hijos es una idea que le “tortura”, “es linda la unidad familiar, saber que están allí para ti”.

Empieza a perder el sueño o tiene pesadillas, también percibe una disminución del apetito. El síntoma que en la estructura neurótica obsesiva del Sr. W. se pone en juego es la duda y la culpa. Frases como “en todo fui organizado menos en esto”, refiriendo se a su vida familiar y a su vida amorosa.

Hasta este punto podemos ver que el Sr. W. se confronta con la angustia que la enfermedad le trae de la forma como su estructura se lo permite, respondiendo con un síntoma que lo ha caracterizado en general. En este punto el trabajo psicológico busca llegar al punto en que se pueda implicar en el mal que le aqueja.

A pesar de los avances que se pudieron realizar, el paciente se va a su domicilio a la espera de las inyecciones para su tratamiento.

Luego de un mes y medio, el paciente regresa e inicia un tratamiento de quimioterapia que consta de 10 inyecciones. Se aplica una inyección por semana dependiendo de la evolución del paciente. Los médicos tratantes del área, siguen de cerca el caso anunciándole al Sr. W. que el proceso

es delicado y habrá una decaída significativa antes de ver los beneficios del tratamiento.

Cuando el paciente regresa, su enfermedad se había agravado un poco y el tratamiento, tal como fue advertido, empeora los síntomas tales como la astenia, la debilidad muscular, temblores, reducción del campo de visión, el Sr. W. no podía ver a mas de un metro y medio, diarreas y vómitos, entre otros.

En este segundo momento el Sr. W. centra sus narraciones en las complicaciones que su enfermedad le trae, narra sobre sus dolencias y sus medicamentos, se pregunta hasta cuando podrá soportar. Empieza a mostrarse más “deprimido” y “desesperanzado”. Las entrevistas se vuelven más cortas, pues su estado de salud no le permite mantenerse por mucho tiempo despierto y atento como para mantener la entrevista, a lo que se le suma la orden médica de aislamiento completo para evitar infecciones.

El Sr. W empieza a mostrarse menos colaborador con el equipo medico, ahora sus dudas se desplazan hacia la competencia y capacidad del grupo de médicos tratantes.

En este período el síntoma del Sr. W., la duda y la culpa, dejan de servirle para tramitar la angustia, que sigue creciendo agotando sus recursos simbólicos. Cuando el discurso medico es tachado, el refugio simbólico del Sr. W. se desarma dejando la angustia como la señal de la presencia de un Real del cual no puede defenderse. Es aquí que el Sr. W.

hace un acting-out. Un llamado al Otro para que responda al vacío de significación.

La escena se presenta frente al staff médico durante el pase de visita de la mañana, cuando el grupo ingresa al cuarto del paciente. El Sr. W. empieza a gritar y llorar mientras tiembla en su cama. Llorando y gritando “me voy a morir”, se deja caer de la cama. Es socorrido por el personal de enfermería, derivado a psiquiatría y la medicación va a ser suspendida hasta que su organismo se reponga. Por su parte el departamento de psicología busca reanudar la cadena significativa, haciendo que el Sr. W. hable sobre los eventos previos al acting-out para de esta manera recuperar los recursos que tenía el paciente para defenderse frente a la angustia.

En el caso del Sr. W. es fácil visualizar como la angustia va incrementándose en la medida en que su estado de salud se va complicando más. Es evidente que si bien la enfermedad es un factor importante, que se ubica como el componente actual y funciona como desestabilizador, existen otros factores que aumentan y predisponen al sujeto.

El Sr. W se va quedando sin recursos simbólicos, y su actuar es un llamado exigente al Otro para que ocupe su lugar y resuelva sus molestias orgánicas.

En el siguiente caso podemos observar como el mismo proceso va llevando a que las suplencias que mantenían la estructura del paciente se

quiebren y empiecen a surgir fenómenos elementales; característicos de la estructura psicótica.

El Sr. A. es un paciente joven quien con solo 26 años de edad esta hospitalizado para tratar su leucemia linfoblastica aguda. Hasta el momento A había trabajado como empleado de seguridad en una institución educativa.

Luego del diagnóstico, la madre de A asumirá sus cuidados. Es ella quien solicita al staff médico que su hijo trabaje con una psicóloga ya que se encuentra en sus palabras “devastado por su enfermedad.”

El paciente, por decisión de su madre no fue informado inmediatamente de su diagnóstico médico. Es notificado aproximadamente dos semanas después de que los médicos concluyeron el diagnóstico por un error de una enfermera quien le comentó sobre la quimioterapia y los efectos secundarios de ésta. Dado que el paciente no conocía el diagnóstico los comentarios de la enfermera le resultaron extraños y lo inquietaron, haciéndolo discutir fuertemente con su madre por no haber sido informado a tiempo de la gravedad y los riesgos de su enfermedad.

Durante las entrevistas A se muestra más bien tranquilo al respecto de su enfermedad, al contrario narra sus preocupaciones sobre los conflictos entre madre y su novia.

En el devenir de las entrevistas, va a empezar a narrar acerca de su infancia, la cual el describe como “nómada”, “evitaba los problemas y las exigencias mudándome de la casa de mi padre a la de mi madre”. Durante los periodos pasados con su padre, decía tener muchos

problemas con la nueva pareja de su padre, “encontrones y casi hasta los golpes” eran comunes en su relación. Así mismo durante los periodos que vivía con su madre, tenía serias complicaciones con su madre ya que dice A: “si la encontraste de mal genio te jodiste”.

Al pasar los meses, los pronósticos de ser dado de alta son cada vez menos probables. Esta situación de internación indefinida, sumada a los constantes conflictos con su madre y pareja, llevan al paciente a empezar a generar como síntoma el insomnio. Pasan dos o tres días sin que pueda conciliar el sueño por este motivo es derivado a psiquiatría para que le pueda ser administrada una medicación que lo ayude a dormir. Además también se presentan síntomas como el sentimiento de culpa, la falta de apetito y la pérdida del control de esfínteres.

Con estas formas el paciente empieza a manejar la angustia, sin embargo llega un punto en que las ideas de muerte empiezan a surgir y su estructura aparece al desnudo, y comienzan a surgir fenómenos elementales característicos del principio de un desencadenamiento psicótico. El paciente los nombra como “cosas raras”, “cosas de locos que a nadie le pasan”

El paciente narra como mientras estaba solo en su cuarto del hospital, “sentí como el cuarto empezó a moverse solo”, “de repente ya no era yo quien estaba en mi cuerpo si no que estaba como en otro lado.” “Empecé a recibir mensajes de arriba, que haga cosas específicas como moverme, vestirme, llamar a alguien”.

Debido a la gravedad de su enfermedad el Sr. A es derivado a un hospital especializado y las entrevistas se suspenden. Debido a la pocas entrevistas, se considera inadecuado realizar un diagnóstico presuntivo sobre la estructura de dicho paciente. Sin embargo sea una neurosis obsesiva, o una psicosis ordinaria que empieza a desencadenarse, es evidente que lo que le servía al Sr. A de sostén, se quiebra y dejándolo de frente con una situación traumática insoportable, que podríamos llamar Real, por la imposibilidad de significarla y nombrarla, y es esta situación lo que lo lleva a la formación de nuevos síntomas, que podrían ser diagnosticados como fenómenos elementales.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Las enfermedades que atacan al cuerpo principalmente aquellas que son crónicas e irreversibles, confrontan a todo sujeto con la falta en la estructura.
- Este desencuentro, fruto de la enfermedad, incrementa la angustia hasta niveles en los que el paciente ya no puede manejarla.
- En un intento por dar respuesta a esta angustia los sujetos generaron diversos síntomas.
- Estas formas de síntomas no son atendidos por el staff médico de ningún hospital, necesitan una escucha entrenada y especial.
- El trabajo psicológico permite que el paciente elabore sobre la enfermedad y así pueda responder de mejor manera al tratamiento.
- En el presente trabajo se ha nombrado el área de hematología de un hospital determinado, sin embargo se considera que las conclusiones son aplicables a todas las áreas de todos los hospitales, ya que no son únicamente las enfermedades que aquí se han nombrado las que confrontan al paciente con el vacío de significación.
- Se recomienda al psicólogo trabajar con cada paciente respetando siempre la individualidad de cada uno, adecuando el trabajo según el diagnóstico presuntivo de la estructura.
- El presente trabajo queda abierto para futuros practicantes que deseen continuar con una investigación más honda sobre la formación de síntomas y el manejo de la angustia.

• Bibliografía

Catalán., C. (1991). Estadio del Espejo. Centro Psicosocial de Navarra.

Chemama, R. (s.f.). Diccionario de Psicoanálisis.

Cosentino, J. C. (2002). Truma: Angustia y compulsión del síntoma. En J. C. Cosentino, *Construcción de los conceptos freudianos*. Manantial.

Freud, S. (1915- 1917). Modos de formación del síntoma. En *Introducción al psicoanálisis*. Madrid: Alianza.

García, C. (s.f.). Perversidad y Perversión.

Kaufmann, P. (. (s.f.). *Elementos para una enciclopedia del psicoanálisis*. Paidós.

LaPlanche, J. (1967). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Pimentel, L. (2011). *La función del Otro de la religión antes del desencademamiento de las psicosis*. . Guayaquil.

Rodrigo, M. d. (2011). *Las ideas de muerte como desestructurantes del sujeto*. Guayaquil.

Rumbea, D. G. (2010). *Dirección al gran Otro (nombre del padre; Dios) antes la angustia frente a la enfermedad*. Guayaquil.

Soler, C. (1985). *La elección de la neurosis*. Bruselas.