

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil



Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

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

Tema:

“Implicaciones subjetivas que la enfermedad oncológica
causa en el paciente”.

Katherine Urquizo Armas

Director:
Psic. Antonio Aguirre

2011 - 2012

INDICE

Contenido	Pág.
Introducción	iv
Capítulo 1: La subjetividad en psicoanálisis	1
-Lo inconsciente	1
-El yo, ello y superyó	3
-Constitución del sujeto	6
-El lenguaje en el sujeto	11
- La condensación y desplazamiento	16
Capítulo 2: Atención psicológica en el hospital oncológico.	19
-Perspectiva psicológica del paciente con cáncer sobre su enfermedad	21
-Posición subjetiva del paciente en el proceso de entrevista	22
-Series complementarias	24
-El miedo del paciente a realizarse el tratamiento contra el cáncer	25
-La experiencia de pérdida	26
Capítulo 3: La enfermedad y su articulación con el inconsciente en el sujeto.	27
Lo real, lo simbólico y lo imaginario	29
El Síntoma	32
El Dolor	35
Capítulo 4: Casuística	37

-Primer caso	37
-Segundo caso	41
Conclusión	44
Referencias	45

INTRODUCCIÓN

Este trabajo surge de una enriquecedora experiencia, en la cual la teoría aprendida durante el transcurso de la carrera se pone en práctica por medio del trabajo clínico en el hospital SOLCA.

La institución hospitalaria constituye un lugar de asilo y protección, un espacio donde el dolor y el sufrimiento buscan encontrar un destinatario, demanda que excede las posibles respuestas mnémicas. Por tal motivo resulta importante y necesaria la presencia del psicólogo clínico para dar un espacio a ese sufrimiento, acoger esa queja y establecer las condiciones mínimas de escucha que permita dar cabida al sujeto.

Es por medio del trabajo con pacientes hospitalizados que se llevó a cabo esta práctica, pudiendo desarrollar con mejor habilidad la escucha del discurso del paciente. Notando así ciertas frases o palabras repetitivas para tratar de ubicar o como llegar al síntoma.

Lo que se realizara en el trabajo es un estudio de la teoría psicoanalítica de la formación de la subjetividad del individuo, para conocer así de que de donde origina las diferentes sensaciones y pensamientos que definen la personalidad de cada sujeto. Para así determinar de que manera se implica el sujeto en lo que le sucede.

El objetivo principal de este trabajo es determinar la implicación subjetiva que causa al paciente la enfermedad oncológica por medio del estudio de dos casos clínicos.

Este documento se encuentra dividido en cuatro capítulos:

En el primero se realiza un estudio de la formación de la subjetividad en el individuo, donde se estudiará la función del yo, ello y superyó.

En el segundo capítulo se tratará de lo que el paciente vive y siente por la enfermedad, de qué manera le afecta, el miedo que conlleva la realización del tratamiento del cáncer, y se explica la manera del trabajo psicológico que se realiza en Solca.

El tercer capítulo trata de La enfermedad y su articulación con el inconsciente en el sujeto, donde se estudia los tres registros: real, simbólico e imaginario, el síntoma y el dolor.

El cuarto capítulo contiene la presentación de dos casos clínicos donde por medio del cual se puede evidenciar las bases teóricas de lo planteado en el trabajo

CAPITULO UNO

La subjetividad en psicoanálisis

Lo inconsciente

Lo inconsciente según Freud es todo aquello a lo que no es accesible a la consciencia incluyendo unas que se originaron ahí como lo son: los impulsos y los instintos. También dentro de lo inconsciente residen las cosas reprimidas que son difíciles de tolerar en la mente consciente como lo son las emociones asociadas a los traumas.

Lo inconsciente comprende por un lado, actos latentes y temporalmente inconscientes, que, fuera de esto en nada se diferencian de los conscientes, y por otro, procesos tales como los reprimidos, que si llegan a ser conscientes presentarían notables diferencias con los demás del este género. (Freud, Lo inconsciente, 1915)

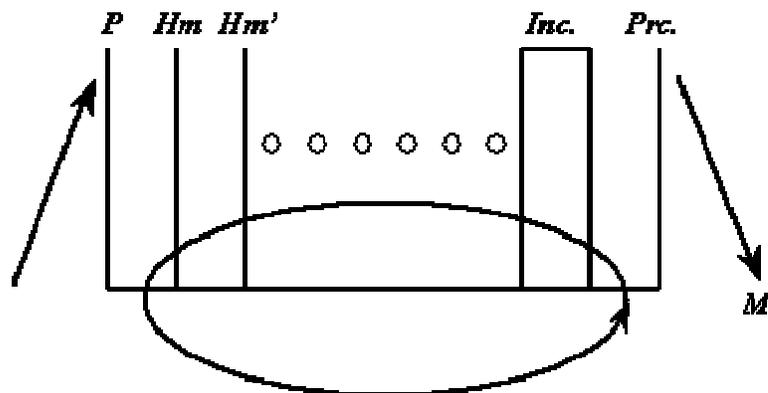
En el mismo texto Freud menciona también que el acto psíquico pasa por dos fases con relación a su estado entre las cuales se halla intercalada una especie de examen (censura). En la primera fase el acto psíquico es inconsciente y pertenece al sistema inconsciente. Si al ser examinado por la censura es rechazado, le será negado el paso a la segunda fase; se lo califica como reprimido y tendrá que permanecer inconsciente. Pero si pasa la censura, ya pertenece al sistema consciente, sin embargo no es todavía consciente, pero si capaz de consciencia.

Lo que se encuentra en el inconsciente es contenido reprimido, del cual no tiene acceso al sistema preconsciente y consciente. Estos contenidos son propios de la vida del sujeto especialmente de la infancia. Estos contenidos se rigen básicamente por el principio de placer.

Citando el libro de Freud “la interpretación de los sueños”, se puede decir como conclusión que un sueño es la expresión consciente de un deseo o fantasía inconsciente que es fácilmente asequible a la vida en la vigilia.

Todo el proceso psíquico se sitúa entre una extremidad perceptiva y una extremidad motriz del aparato. (Freud, interpretación de los sueños, 1901).

Freud desarrolló un esquema del aparato psíquico, donde decía que la represión recae sobre las representaciones del inconsciente, porque éstas podrían provocar el desarrollo del displacer.



Mediante este esquema para explicarlo Freud asemeja el aparato psíquico con un microscopio compuesto o un aparato fotográfico. La localidad psíquica corresponde a un lugar en el interior de un aparato en el que se producen los estadios previos de una imagen.

“Todo sueño tiene por lo menos un lugar en el cual es insondable, un ombligo (nabel) por el que se conecta con lo no conocido (mit der Unerkannten)”. Y es retomado en el capítulo VII de Freud “la interpretación de los sueños”: “Aún en los sueños mejor interpretados es preciso a menudo dejar un lugar en sombras, porque en la interpretación se observa que de ahí arranca una madeja de pensamientos oníricos que no se dejan desenredar, pero que tampoco han hecho otras contribuciones al contenido del sueño. Es el ombligo del sueño donde se asienta lo no conocido

Yo, ello y súper yo

El sistema nervioso del cuerpo humano está encargado de la sensibilidad de las necesidades corporales. El ello traduce las necesidades del cuerpo a fuerzas motivacionales llamadas pulsiones a las que Freud les denomina deseos. Esta marcha de la necesidad a deseo se la conoce como proceso primario, y es éste el que produce la imagen mnémica de un objeto, que se necesita para reducir la tensión. (Hall, 1974)

El proceso primario procura descargar la tensión estableciendo lo que Freud llamó “identidad de percepción”, es decir, que el ello considera la imagen mnémica idéntica a la percepción misma. Para el ello, el recuerdo del alimento es lo mismo que ingerir el alimento. El ello no puede distinguir entre un recuerdo subjetivo y una percepción objetiva del objeto real.

El ello es el encargado de mantener este principio de placer, satisfaciendo inmediatamente ante la demanda. La finalidad del principio de placer es

desembarazar a la persona de la tensión o reducir la cantidad de tensión a un nivel bajo y mantenerlo tan constante como sea posible. (Hall, 1974) Por ejemplo en el llanto de un bebé hambriento, él no sabe como adulto lo que quiere, pero sabe que lo quiere ahora mismo! el bebé según la concepción freudiana es puro o casi puro ello.

El ello no está en contacto con el mundo exterior, sino más bien con el cuerpo y sus procesos. El ello no está dominado por la lógica o la razón y no posee moral, valores o ética, solo está dedicado a satisfacer sus necesidades instintivas de acuerdo con el principio de placer. El ello solo puede ser regulado por la influencia del yo.

El Yo se apoya en la realidad a través de su consciencia, buscando objetos para satisfacer los deseos que el Ello ha creado para representar las necesidades orgánicas. Esta actividad de búsqueda de soluciones es lo que se denomina proceso secundario. El yo a diferencia del ello se basa de acuerdo al principio de realidad que trata sobre satisfacer las necesidades tan pronto haya un objeto disponible, es más la razón.

La percepción es para el yo, lo que para el ello el instinto. El yo representa lo que pudiéramos llamar la razón o la reflexión, opuestamente al ello que contiene las pasiones. (Freud, El Yo y el Ello, 1923)

El yo es el que determina la personalidad, para que haya una buena adaptación y armonía el yo debe gobernar al Ello y el Superyó y es el encargado de mantener un comercio con el mundo exterior.

El superyó es la rama moral o judicial de la personalidad. Representa lo ideal más bien que lo real, y pugna por la perfección antes que por el placer o la realidad. El superyó es como el código moral de la persona. (Hall, 1974)

Hay dos aspectos del Superyó: uno es la consciencia moral, son los conceptos que los niños tienen de lo que sus padres consideran que es malo, está constituida por la internalización de los castigos y advertencias. El otro es llamado el Ideal del Yo, el cual procede de las recompensas y modelos positivos presentados al niño. La consciencia y el Ideal del Yo comunican sus requerimientos al Yo con sentimientos como orgullo, la vergüenza y la culpa. El Yo se llena de orgullo cuando se ha comportado de manera virtuosa y se siente avergonzado cuando ha caído en la tentación.

La formación del superyó del niño no es el reflejo de cómo son sus padres sino más bien de los superyós de los padres, basado en sus amenazas y regalos. Pero no solo depende de la formación de los padres sino también por otras autoridades como son los maestros, los agentes de policía, la religión. El comportamiento que se pueda tener frente a éstas otras autoridades dependerá de lo ya asimilado de los padres. (Hall, 1974)

Dentro de la vida de cada sujeto, es importante la formación que éste tenga del superyó, ya que éste determina mucho la personalidad de la persona y es el que regula aquellos impulsos cuya expresión no controlada pondrían en peligro la estabilidad de la sociedad.

Estos tres registros importantes de la personalidad de un sujeto no son entidades separadas, sino que interactúan y se fusionan entre sí durante toda la vida. Ya que el yo se forma a partir del ello, y el superyó se forma a partir del yo.

Se puede establecer por medio de este estudio de la formación de la personalidad del sujeto, como se diferencia de cada persona los comportamientos. Desde el inicio de la transmisión de valores y ética de los padres a hijos, mostrándole lo que es bueno y lo que es malo. La formación del sujeto como persona incluida en los estándares de la sociedad, depende mucho de la crianza que los padres le den durante su infancia.

Constitución del sujeto

Hay un proceso de estructuración del sujeto que tiene que ver con el inconsciente, es importante como está estructurado el inconsciente y de qué manera el sujeto se va enlazando a estos procesos, y de qué manera va simbolizando todas sus experiencias por medio del lenguaje.

Es importante tratar algunos de los procesos de la estructuración del sujeto, que será único para cada sujeto dependiendo de la manera de asumirlo.

Se inicia desde el momento en que el niño nace forma un todo con su madre, siendo uno el deseo del Otro.

Lacan en el escrito de “el estadio del espejo como formador del yo” dice del estadio del espejo como un tiempo lógico, no cronológico, en el cual algo se configura en el sujeto.

Es preciso diferenciar entre esquema corporal e imagen corporal, la primera es lo común a los seres humanos, la imagen corporal es propia de cada sujeto y está conformada por múltiples experiencias emocionales, relacionadas con la historia de cada uno. “Es la encarnación simbólica del sujeto deseante” (Dolto, 1986)

La comunicación entre el sujeto y el Otro se inscribe en la imagen del cuerpo que es llevada por el esquema corporal, que se estructura por el aprendizaje y las experiencias, la imagen del cuerpo en cambio se estructura mediante la comunicación entre sujetos.

La imagen del cuerpo es siempre inconsciente y da cuenta del deseo de ser del sujeto.

Volviendo al estadio del espejo el niño entre los 6 y 18 meses puede ver su imagen, pero no se reconoce en ella. Para el psicoanálisis la configuración del sujeto está dada por el lenguaje, es decir a esta edad el niño es dependiente del Otro quien va ir dando significado, ordenando todo lo que para él está desarticulado, incluso va hablar de él, lo cual le permitirá ingresar al orden de lo simbólico.

En el estadio del espejo prevalece la función de la visión, que le permitirá una primera aproximación a la constitución subjetiva por el espejo.

El infans se verá al espejo como una ser fragmentado es por medio del Otro que le dirá “ese del espejo eres tú” el cual le ayudará a que se pueda reconocer su imagen, es entonces la intervención del Otro lo que permite la configuración de la imagen.

Luego de esta intervención es que asimilará que ese del espejo esta completo y que él no lo está, y por identificación con ese que ve en el espejo pierde su ser fragmentado, hay una rivalidad consigo mismo, se sitúa aquí el origen de la agresividad.

Cuando el infans anticipa una imagen total y no fragmentada de cómo es él, se puede hablar de una identificación imaginaria dada por el Otro que lo sostiene, el momento de salida de estas identificaciones especulares se darían cuando el Otro desvía su mirada, desea otra cosa. Su deseo se dirige al deseo del Otro, y comienza aquí la metonimia del deseo ya que si se desea ser el deseo del Otro, es para quedar identificado con lo que al otro le hace falta.

Es por eso que el niño se interesa por toda clase de objetos antes de pasar por el estadio del espejo.

Es necesario que en esta relación especular aparezca un tercero porque sino el niño quedaría capturado en lo que ve, con la aparición de un tercero y el descubrimiento que éste puede desear, otra cosa que no sea él, es que se perciben los celos.

Freud sitúa en la fase fálica, el mito del complejo de Edipo, que consiste en que el niño se encuentra afectuosamente ligado al padre del sexo opuesto, sintiendo

hostilidad y rivalidad por el padre del mismo sexo. De esta manera se podría decir que es algo positivo para la formación normal del sujeto.

Sería negativo si hay amor hacia el padre del mismo sexo y odio hacia el opuesto, es por esto que Freud determina la existencia de componentes hétero y homosexuales.

En esta fase el niño tiene el mismo objeto, que es la madre, la identificación con el padre es ambivalente , puesto que trata de parecerse a él, al mismo tiempo éste representa un obstáculo para acercarse a él.

Su presencia provoca en él temor, y celos reales ya que él desea exclusividad en la relación con la madre.

Esta actitud de querer complacer a la madre y suprimir al padre ante la angustia de castración, esto es que el niño empieza a tener un interés narcicístico en sus genitales, que ante la percepción del disgusto de los mayores, surge la amenaza de privarle de su órgano.

Es por medio de la amenaza de castración que se sella la prohibición del incesto, y se encarna la función de la ley como generadora del orden.

La función de la ley estaría dada por la amenaza de castración y la simulación de la falta de pene en la niña, esto es lo que constituye el complejo centrado en la fantasía de la castración.

El niño trata de conservar su virilidad renunciando a la madre y a la idea de suprimir al padre, superado esto estará realizado con normalidad el complejo de Edipo en el niño y puede así alcanzar la identificación con el padre.

Es gracias a esa renuncia fundamental en que el individuo tiene acceso a la constitución y estructuración de su ser como sujeto.

Es esencial para la constitución del sujeto haber adquirido “el nombre del padre” lo que implica necesariamente la presencia efectiva del padre ya que es una función que puede ser cumplida por otro.

Lacan distingue tres tiempos del Edipo; en el primero de ellos el niño trata de convertirse en aquello que es deseo de la madre, no solo en recibir sus deseos y cuidados, sino de alcanzar ese algo más que hay en el deseo de la madre. Es aquí donde juega un tercer elemento que es el falo, relacionado con todo el orden simbólico para la madre.

La lectura que el niño hace es que para complacer a la madre debe ocupar el lugar del falo, renunciando a su propia palabra y sometiéndose al deseo de la madre, es decir, el niño viene a completar a la madre en la falta, ubicándose en el lugar del falo imaginario, quedando capturado en el deseo de la madre, si esta relación abrochada persiste, el niño no será capaz de desear, produciendo angustia ya que en este momento todo está completo.

Es necesario sentir la pérdida, y ésta se da cuando el niño descubre que la madre desea otras cosas.

En un segundo momento la función del padre es la de imponer normas, límites presentándose como el que tiene el poder, es decir el poseedor del falo. El padre interviene como ley tanto como para la madre, como para el niño, ya que priva al niño del objeto amado y a la madre del objeto fálico. Es la ley de la prohibición del incesto que separa la relación madre-niño.

En el tercer tiempo, el padre es asumido no como aquel que tiene el falo o es el falo, sino que es el falo en tanto es el objeto deseado de la madre. Pero el padre también es un ser en falta y también está sometido a una ley, capacitándolo así, para desear e introduciéndolo a un orden simbólico al mundo de los significantes.

El padre aparece en este tercer momento como permisivo y donador, así el niño se identifica con el padre, formando así el ideal del yo.

Todo este proceso se constituye en un principio básico para que un sujeto pueda ser parte de una sociedad, rigiéndose a las reglas sociales, debe entonces entrar en el registro simbólico de la cultura y el lenguaje.

El lenguaje en el sujeto

El sujeto en psicoanálisis es el sujeto del deseo que Freud descubrió en el inconsciente. Este sujeto del deseo es producto de la inserción del pequeño hombre en el lenguaje.

El deseo se manifiesta por medio de las formaciones del inconsciente (lapsus, chiste, olvidos), lo cual permite demostrar desde el punto de vista psicoanalítico, que el sujeto no sabe lo que dice ni tampoco que él lo dice.

El deseo es un efecto del lenguaje. El deseo no es la necesidad, no busca satisfacción, sino reconocimiento. Las necesidades de todo niño al nacer no podrán ser satisfechas por sus propios recursos, sino por un saber de la madre, no es instinto, sino un saber hecho de significantes de la lengua materna y de la cultura. Es así como el niño adquiere una dependencia absoluta a un Otro (madre).

En la demanda lo buscado no es más el objeto de la necesidad, sino el amor. El niño, busca significantes en el Otro que lo representaría a él como sujeto. El sujeto viene al mundo y queda comprometido en la respuesta (su deseo) por medio de la creación del fantasma, es decir una hipótesis sobre la falta de la madre. Por eso el deseo está unido a una simbolización de la diferencia de los sexos y la castración que adquiere su alcance a partir de su descubrimiento como castración de la madre. En tanto real, la madre no carece de nada. “ella no tiene pene”, es un acto simbólico. El órgano pene deviene así el falo, significativo de la falta que crea en el Otro. Es el falo el que procura un lugar vacante en este Otro para el sujeto.

Lacan en el seminario de la identificación dice que *“el sujeto es lo que un significante representa para otro significante”*.

El sujeto está representado en el lenguaje gracias a la intervención de un significante, es decir de un significante marcado con la característica de la unidad, contable. Un sujeto no llega a ser identificado por un significante cualquiera (niño, judío, proletario, etc.), sino desapareciendo como sujeto bajo ese significante y cayendo así en el sinsentido

Para la psicología, la unidad de función del lenguaje es la palabra, una representación compleja que se demuestra compuesta por elementos acústicos, visuales y kinestésicos. (Freud, 1992)

Para Freud la palabra no solo ha sido el elemento que permite evidenciar los conflictos internos del sujeto, sus pulsiones y material reprimido, sino que permite constituir una dirección a la cura, dando lugar a la experiencia analítica a partir de lo que él llamó asociación libre.

Es por medio de la palabra que el sujeto puede manifestar lo que incurre fuera del alcance de la consciencia, es por esta necesidad de explicar los procesos y fenómenos psíquicos que excedían con mucho a la consciencia que Freud tuvo lugar su teoría que los procesos anímicos contienen un lenguaje, ya que era comprobado por los excesos en las palabras de sus pacientes a los cuales le llama lo inconsciente.

El ser humano antes de nacer está rodeado de un lenguaje, nace al malentendido, a la polisemia de la palabra. Una misma palabra evoca varios sentidos, la polisemia de la estructura de la palabra provoca el malentendido, pero también provoca la intencionalidad. No hay lenguaje que lo diga todo.

Antes de nacer el niño está involucrado en el malentendido y se ve envuelto en el discurso de los otros (padre, madre abuelos, tíos) nacemos por deseo de la madre prevista a la vez por deseo del Otro. El niño al nacer es nombrado, registrado simbólicamente con un nombre y un apellido. Al nacer el sujeto es un organismo que tiene sus pulsiones desorganizadas, es por medio del registro imaginario que se establece un orden a estas pulsiones, ayudando a que el sujeto se reconozca a sí mismo y comienza a identificar sus partes del cuerpo.

El imaginario se estructura por la relación con el Otro. El yo es el primero que se estructura para dar paso a la instauración de los registros. El yo es el lugar depositario de las identificaciones.

El yo resulta de la dualidad de la relación imaginaria de la madre y el niño, esta relación se lleva a cabo con los gestos y el habla. La madre tiene que desear a su hijo como un objeto de amor, ya que el discurso del Otro está cubierto de todos los atributos que le da el padre, para que se dé todo esto tiene que darse la identificación que consiste en un vínculo afectivo con otra persona, esto desempeña un papel significativo en el principio del Edipo.

Lacan establece tres tiempos lógicos para el complejo de Edipo

En el primer tiempo lógico el niño se identifica como el objeto deseo de la madre, es el falo imaginario. Es ella por estructura la falta, ese objeto que la completa imaginariamente, que le hace omnipotente; en este momento el niño queda capturado en el deseo de la madre.

El segundo tiempo lógico trata de la presencia de la función del padre, que permite al niño salir del acoplamiento de la relación mortífera con la madre. Es mortífera puesto que al estar la madre no castrada, siendo omnipotente, el niño quedaría atrapado como objeto que completa a la madre y no podrá acceder al deseo, es decir, no accede al orden simbólico.

El tercer tiempo lógico muestra que el padre tampoco es el falo, sino que lo puede tener, no ser pero tener, quiere decir que el padre del Edipo no es la ley, sino el padre que transmite la ley a la que también se somete. Es preciso que la madre reconozca al padre como portador de la ley, mediante el cual el niño podría reconocer el Nombre del Padre, si esto sucede el niño se identifica con el padre como poseedor del falo, el padre vuelve a colocar en su lugar el falo como objeto deseado por la madre, como objeto distinto al niño. (Lacan e. 1.)

El niño quisiera ser como su padre y quiere reemplazarlo en todo. Más tarde comienza a tomar a su madre como objeto de amor. Hay dos horizontes: uno la madre como objeto sexual y el otro el padre como objeto de identificación, al cual lo discurre como modelo a imitar, instalando al padre como ideal.

En la identificación secundaria se trata de apropiación del ser amado, se juega la dimensión del tener. *“Por ejemplo en el caso Dora, la muchacha se identifica con su madre a través de un catarro, producto de la rivalidad y hostilidad del complejo de Edipo (ocupa su lugar) y el castigo vía represión de sufrir como la madre. Esto quiere decir que este tipo de identificación reemplaza la elección de objeto. “has querido ser como tu madre, ahora lo eres en el síntoma”.*

También se identifica con el padre a través de la tos nerviosa: tener del padre como objeto aunque sea la tos. Lo que puede demostrar es que la identificación accede al propio Yo tomando al Otro como modelo a seguir. La identificación forma los primeros lazos afectivos con el Otro. (Freud, La Identificación)

Cada individuo forma parte de varias masas, se haya ligado, por identificación en diversos sentidos, han construido su ideal del yo conforme a los diferentes modelos y participan de varios aspectos, como de clases sociales, de comunidades donde el sujeto puede elevarse hasta cierto grado la independencia.

La condensación y desplazamiento

En el sueño se advierte una diferencia entre el contenido y el pensamiento del sueño, es decir entre lo manifiesto y lo latente. El contenido del sueño y el pensamiento del sueño se presentan como dos figuraciones del mismo contenido pero con un lenguaje diferente. (Freud, 1901)

Lo que interesa es lo que dice el soñante con respecto a su sueño. “Soñar es imaginarizar el símbolo y contar el sueño es simbolizar la imagen”. (Becerra - Fuquen) Por lo tanto el sueño señala elementos del lenguaje, esto es por tratarse de elementos mediados por representaciones simbólicas donde se evidencia el deseo, pues hay que recordar que los sueños son manifestaciones de éstos.

La condensación es una representación que funde varios pensamientos de sueño en una sola imagen del contenido manifiesto. Según Freud, este proceso constituye uno de los mecanismos fundamentales del trabajo del sueño. La condensación también se produce en los actos fallidos y en el witz, así como en los síntomas. (Lorenzo, 2011)

Según Freud el trabajo de desplazamiento se da cuando bajo el efecto de la censura se produce una transferencia y un desplazamiento de las intensidades psíquicas de cada uno de los elementos, y el contenido manifiesto deja de asemejarse al núcleo de los pensamientos de sueño. El desplazamiento representa un término o una imagen en lugar de otra.

Los contenidos de los sueños se presentan como una serie de mensajes a descifrar, debido a que en el sueño se advierte lo particular del signo, como un elemento donde se condensan y desplazan varios sentidos, debido a que están inmersos en el lenguaje inconsciente hecho de representaciones y otro lenguaje consciente hecho de palabras.

Lacan establece analogía a partir de los mecanismos de la condensación y el desplazamiento con los de la metáfora y metonimia.

La condensación es la estructura de sobre imposición de los significantes donde toma su campo la metáfora. El desplazamiento es ese viraje de la significación que la metonimia demuestra y que desde su aparición en Freud se presenta como el medio del inconsciente más apropiado para burlar a la censura (Lacan, 1984)

La metáfora y la metonimia constituyen el modo de producción de la significación, por lo cual, el sueño no sería otra cosa que una metáfora del símbolo. El trabajo del sueño y por tanto del inconsciente sigue las leyes del significante

CAPITULO DOS

Atención psicológica en el hospital oncológico

El cáncer genera un impacto emocional en los sujetos, por lo cual se hace necesario el trabajo psicológico dentro de hospitales oncológicos.

La atención psicológica que se brinda a pacientes del área de hospitalización en Solca consiste en ofrecerle un espacio de escucha, en el que pueda hablar de lo que quiera y si están en la disposición de hacerlo, puesto que hay pacientes que por la enfermedad presentan dolores o malestares y no desean hablar con nadie, de todas maneras se le realiza un seguimiento visitándolo para saludarlo, pues tal vez en otro momento se sienta disponible.

Se le realiza un seguimiento al paciente, es decir si es enviado a ambiente por baja de defensas o fiebre, o si será intervenido quirúrgicamente en el postoperatorio se dará de igual manera este servicio psicológico, con la finalidad de que el paciente pueda manifestar su malestar o su situación en cualquier momento para poder sobrellevar con menos angustia su queja.

El objetivo principal de este trabajo es determinar la implicación subjetiva que causa al paciente la enfermedad oncológica por medio del estudio de dos casos clínicos.

La labor que se desempeña en el proceso de entrevista con el paciente es similar a la propuesta de trabajo en el método analítico de Freud, en el que refiere a dos reglas fundamentales: la asociación libre y atención flotante.

La asociación libre que refiere a decirle al paciente que puede hablar de lo que desee como ocurrencias, ideas, pensamientos, imágenes, recuerdos tal cual se le presentan sin restricción a nada.

La atención flotante refiere al analista, es la contrapartida de la regla de la asociación libre y consiste en escuchar al sujeto sin preocuparse de si retiene o no sus palabras. (Freud, S 1912)

Se trata de saber escuchar al paciente sin interponerse la subjetividad del psicólogo, sin juzgar lo que dice el paciente. Dándole así la libertad de hablar lo que desee sin vergüenza a nada o miedo a ser juzgado, eso facilitaría el trabajo psicológico.

El trabajo del psicólogo clínico en la institución hospitalaria se debe de adaptar un poco a la ideología que tiene como institución “atención al mayor número de pacientes, en el menor tiempo posible”, y es bajo esta disposición que se debe atender diversos tipos de pedidos provenientes de médicos, enfermeras, familiares y en algunos casos de los mismos pacientes con frases como “cúrelo”, “prepárelo para la operación”, “ayúdelo”, pensando que el accionar del psicólogo es de la misma ideología.

Las limitaciones que se tiene en el trabajo continuo con el paciente es que las sesiones se las hace durante el tiempo de hospitalización de dicho paciente, en algunos casos es de corto tiempo, lo cual imposibilita el trabajo con el paciente.

Otra dificultad en el trabajo hospitalario es el espacio físico otorgado a los psicólogos, es asignado un consultorio para que sea atendido el paciente

derivado por algún médico, pero en muchas ocasiones se ha tenido que acudir a las camas de sus pacientes por la enfermedad que los aqueja.

Si bien el trabajo de práctica que se realiza en el hospital oncológico, el paciente no viene con demanda de análisis, la posición del practicante es frente a una fase crítica de la vida del sujeto, donde encuentra una invitación a la palabra, un espacio para ser escuchado como sujeto.

Lo que se le pide al paciente es que hable de lo que desea, por medio de lo que relata el paciente se trata de ubicar la demanda en el orden de las repeticiones de la dimensión del tiempo, en este decir surge el sujeto, en algo que va mas allá de lo que él quería decir.

Se podría decir que el trabajo realizado en la institución hospitalaria se basa con un marco teórico psicoanalítico ya que nos permite tener una escucha diferente, sin prejuicios y atenta. Teniendo en cuenta siempre que hay un sujeto del inconsciente, además nos permite trabajar vía el síntoma sabiendo que no se resuelve sino que se desplaza.

Perspectiva psicológica del paciente con cáncer sobre su enfermedad

Las manifestaciones del cáncer, están asociadas al sufrimiento, a la muerte, a la incertidumbre, entre otras. Es preciso señalar que la enfermedad oncológica requiere de tratamientos invasivos, mutilantes y prolongados, lo que hace que tantos pacientes como familiares puedan necesitar atención psicológica.

La enfermedad oncológica está asociada a una experiencia de sufrimiento, pudiendo afectar no solo la calidad de vida sino en algunos casos, la supervivencia del paciente.

El cáncer por tratarse de una enfermedad degenerativa y de un largo proceso de tratamiento, para el paciente que la padece es difícil de asimilarla o de aceptarla en el momento que le dan por primera vez dicho diagnóstico.

Es de vital importancia la ayuda psicológica a estos pacientes, ya que tienen muchas dudas, ansiedad e incertidumbre acerca de cómo reaccionarán frente al tratamiento, si será o no doloroso, si se le caerá o no el cabello, son las preguntas que la mayoría de pacientes se hacen.

Otras personas toman la enfermedad como un castigo de Dios por cometer errores en su vida, son pacientes que prefieren responsabilizar a un Otro de lo que le sucede, y no les queda más que asumirlo.

Es particular la manera de asumir esta enfermedad. Ya que depende mucho del dicho del paciente frente a lo que le aqueja. Es importante ver cual es su posición subjetiva.

Posición subjetiva del paciente en el proceso de entrevista

Para poder determinar en el paciente su implicación subjetiva se debe prestar atención a lo que el paciente dice. Es decir sale de la dimensión del hecho para entrar en la dimensión del dicho. Posteriormente cuestionar la posición que toma aquel que habla con relación a sus propios dichos. Lo esencial es a partir

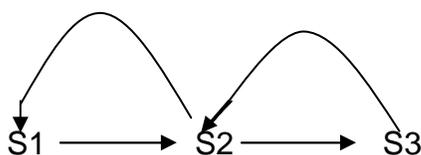
de los dichos localizar el decir del sujeto, a lo que Lacan llamaba enunciación, es decir la posición que aquel que enuncia toma con relación al enunciado.

Hay otra forma que permite ver mejor la posición subjetiva, una segunda manera de marcar el valor del dicho. Es de acuerdo a las modalizaciones que le da el paciente a lo que él dice, es decir si en su discurso es asertivo o problemático. Puesto que esto muestra la manera de asumir una situación.

Es importante distinguir el enunciado de la enunciación y paralelamente el dicho del decir. Una cosa es el dicho, el dicho como hecho y otra lo que el sujeto hace de lo que dice.

El sujeto dice una frase y luego, en seguida, su posición con relación a esa frase. Por ejemplo si alguien pregunta: “¿usted cree eso?”, el sujeto puede responder “si lo creo” o “estoy seguro de eso” o “ Fulano me lo dijo”. Todos estos fenómenos se inscriben en la estructura de la posición subjetiva con relación a lo dicho.

Una frase toma su sentido solamente a partir de la retroacción de un segundo significante. El lenguaje sigue de ese modo, siempre en retroacción. (Miller, 1997)



Por eso es importante en la entrevista con el paciente de dejarlo hablar de lo que desea sin intervenir poniéndole palabras que quizá ni las esté pensando, sino mas bien es dejar que el paciente elabore lo que dice, que defina con sus propias palabras lo que trata de decir, porque como vemos es de acuerdo a eso que se ubica la posición subjetiva.

Series complementarias

Por medio de la teoría de la causalidad de Freud, se puede indagar los motivos de la conducta. En estas series complementarias hay tres series de factores que no actúan independientemente, lo que actúa es la resultante de su interacción.

La primera serie complementaria esta consiste en factores hereditarios y congénitos, es decir factores transmitidos por la herencia, por los genes. El factor congénito proviene en el curso de la vida intrauterina. (Bleger, 1963)

La segunda serie complementaria está dada por las experiencias infantiles, son las más decisivas porque están dadas en una época de formación de la personalidad del sujeto. (Bleger, 1963)

La tercera serie complementaria está constituida por factores desencadenantes o actuales, son producto de la interacción de las dos series anteriores. (Bleger, 1963)

Dentro de la práctica se muestra por medio del discurso del paciente esta interacción de las series complementarias. Es importante este estudio para

poder determinar a qué se debe la problemática o de qué manera asume el paciente dicho malestar.

El paciente relata en la mayoría de los casos sucesos que les ocurre durante su infancia y de una u otra manera en el transcurso de las entrevista se implica con dicha escena, es decir, existe una segunda escena que es la actual.

El miedo del paciente a realizarse la quimioterapia.

El diagnóstico de cáncer sitúa existencialmente al sujeto en el borde de una experiencia crítica, de solo nombrarlo da un sentido de amenaza a la integridad no solo física sino también psíquica. El sujeto podría no estar preparado para la serie de acontecimientos que surgirán en el transcurso de su tratamiento.

El hombre confrontado con las fuerzas de la vida y de la muerte se enfrenta a una verdadera crisis. *“Desde la salud mental, una crisis pone en cuestión toda la adaptación del individuo tanto a nivel psicológico, social y biológico”* (cf. Tizón).

Si la pérdida (duelo) que supone cada transición se supera o elabora de manera adecuada, se obtiene una mejora en las capacidades de integración, afrontamiento y elaboración. Sin embargo en determinadas situaciones y personas de riesgo o en personas vulnerables la crisis puede desencadenar dificultades de integración y adaptación en el ámbito biológico, psicológico y social.

La angustia se convierte en la expresión del desamparo del sujeto, tanto del psíquico como del biológico.

La ansiedad es una de las manifestaciones afectivas humanas básicas, constituye una respuesta ante el peligro. Por tanto es una respuesta preprogramada en la especie que genera cambios en el organismo. *"Ese estado afectivo de temor, inseguridad, tensión o alerta es una consecuencia de la percepción consciente o inconsciente del peligro y al tiempo, se constituye en una señal de alerta o alarma tanto para nosotros mismos ("algo va mal") como para los demás" (Cf. Tizón).*

Freud en "Mas allá del principio del placer" "distingue entre la *angustia* que designa como un estado caracterizado por la espera del peligro y la preparación para éste, aunque sea desconocido; el *miedo*, que supone un objeto definido, del cual se tiene miedo; y el *susto* que designa el estado que sobreviene cuando se entra en una situación de peligro sin estar preparado,"

La experiencia de pérdida

En el proceso de la vida de cada sujeto está marcada siempre por pérdidas, desde un punto de vista evolutivo en el proceso del ciclo vital se produce una sucesión de una etapa a otra que va acompañada necesariamente de la pérdida de una etapa y el encuentro con la siguiente. Inevitablemente se acompañara de un proceso de duelo.

"La elaboración del duelo se entiende como la serie de procesos psicológicos, el trabajo psicológico que, comenzando con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad externa e interna del sujeto". "Los procesos de duelo tienen una significación especial para la

estructuración de la personalidad y para la salud mental del individuo". (Cf. Tizón)

El paciente oncológico siente consigo la pérdida de varias cosas, como pérdida de identidad, de control, de relaciones sociales, de la imagen de uno mismo, del estilo de vida, de la capacidad de procreación, del proyecto de futuro, son muchas de las sensaciones que presenta el paciente oncológico en su discurso.

Cabe recalcar que el afrontamiento del padecimiento de cáncer es tomado de acuerdo a la personalidad de cada sujeto. En ocasiones en este proceso normal de elaboración de duelo se añaden ciertas condiciones psíquicas y lo significado como perdido se amplía, de tal modo que el paciente de cáncer no puede separarse del sufrimiento, atravesando los fenómenos depresivos. Entre otras de estas condiciones se puede mencionar aquellas que tienen relación con: autorreproches, preocupación, desilusión, aumento o descontrol de la agresividad.

Los pacientes tienden a reprocharse a sí mismos por no haber podido evitar la situación de la enfermedad o por haber contribuido a que ésta se diera. *“si yo hubiera hecho caso a mis padres, a mi esposa de no salir a tomar yo no tuviera esta enfermedad, preferí salir a tomar”* es uno de los discursos que menciona un paciente que padece leucemia.

También surgen en ellos la preocupación por los familiares que están al cuidado de ellos y a quienes deja en casa, sin saber si están en buenas condiciones.

Otros de los sentimientos que suelen presentar pacientes oncológicos es la desilusión de ellos mismos por sentirse como personas incapacitadas, impotentes y desvalorizadas. *“con esta enfermedad no puedo trabajar, el médico dice que me haría daño por el olor a los químicos y la fuerza que desempeñe en el trabajo”*.

En ocasiones el familiar del paciente nota un aumento o descontrol de la agresividad en el enfermo ocasionada por la frustración, angustia, sufrimiento narcisista, por la culpa, etc.

El cuerpo del enfermo está sometido por un seguimiento médico el cual le impone numerosas exigencias como: realización de continuos exámenes, exploraciones intensivas, intervenciones más o menos agresivas.

La realización de múltiples procedimientos y a medida que se producen cambios físicos en el paciente hace que toda la energía psíquica del paciente recaiga hacia el propio cuerpo, hacia su imagen del propio cuerpo. El paciente oncológico necesita un repliegue de energía psíquica para poder responder y adaptarse a la realidad de lo que está viviendo.

El cuerpo para el paciente se vuelve su mundo, y la repercusión constante a la que está expuesto su cuerpo implica una situación de frustración ante la sucesión de pérdida que en algunos casos conduce el cáncer. También una exposición constante de la mirada de uno mismo y de los otros hacia el propio cuerpo y a la imagen de éste. En algunos casos le genera vergüenza y humillación el padecer la enfermedad produciendo así un colapso narcisista.

CAPITULO TRES

La enfermedad y su articulación con el inconsciente en el sujeto.

Lo real, lo simbólico y lo imaginario

Lacan explica la constitución subjetiva como una estructura dinámica organizada en tres registros. Estos tres registros se hallan imbricados según la forma de un nudo borromeo: El desanudamiento de cualquiera de los tres provoca el desanudamiento de los otros dos.

Registro de lo Real

Lo real es aquello que no se puede expresar como lenguaje, lo que no se puede decir, no se puede representar, porque al re-presentarlo se pierde la esencia de éste, es decir, el objeto mismo. Por ello, lo Real está siempre presente pero continuamente mediado mediante lo imaginario y lo simbólico. (Aquileana, 2008)

Registro de lo imaginario

Lo imaginario está constituido en un proceso que requiere una cierta enajenación estructural, es el reino de la identificación espacial que inicia en el estadio del espejo y es instrumental en el desarrollo de la agencia psíquica. Es en este proceso de formación que el sujeto puede identificar su imagen como el 'yo', diferenciado del otro. Lo que se designa como 'yo' es formado a través de

lo que es el otro —en otras palabras, de la imagen en el espejo. Es la forma primitiva de pensamiento simbólico. (Aquileana, 2008)

Lo imaginario debe entenderse a partir de la imagen. En la relación intersubjetiva siempre se introduce algo ficticio que es la proyección imaginaria de uno sobre la simple pantalla que deviene el otro. Es el registro del yo, con todo lo que este implica de desconocimiento, de alienación de amor y de agresividad en la relación dual. (Vandermersch, 2004)

Registro de lo simbólico

Lo simbólico, es un término que se utilizaba para la colaboración lingüística (lenguaje verbal coherente), genera una reflexión a nivel comunitario del conocimiento primitivo del yo y crea el primer conjunto de reglas que gobiernan el comportamiento e integran a cada sujeto en la cultura. Constituye el registro más evolucionado y es el que tipifica al ser humano adulto. Lacan considera que el lenguaje construye al sujeto y el humano padece este lenguaje porque le es necesario y le aporta a cada sujeto una calidad heurística (con el lenguaje simbólico se piensa, con este lenguaje se razona, con tal lenguaje existe comunicación -simbólica- entre los humanos). (Aquileana, 2008)

En el seminario 22 de Lacan, relaciona los tres registros freudianos: la inhibición, síntoma y angustia, sobre los tres registros lo simbólico, lo imaginario y lo real. Ubicando así el síntoma como efecto de lo simbólico en lo real, la angustia como un desborde de lo real sobre lo imaginario del cuerpo, y la

inhibición como detención producida por la intrusión de lo imaginario en lo simbólico.

Lacan plantea lo siguiente: *"en el Nombre del Padre es donde tenemos que reconocer el sostén de la función simbólica que desde el albor de los tiempos históricos, identifica a su persona con la figura de la ley. Esta concepción... y de ello resulta un modo de comprensión que va a resonar en la conducción misma de las intervenciones. La práctica nos ha confirmado su fecundidad tanto a nosotros como a los alumnos a quienes hemos inducidos a este método. Hemos tenido a menudo la oportunidad de los controles y en los casos comunicados de subrayar las confusiones nocivas que engendra su desconocimiento".* (Goldenberg, 2006)

Inmediatamente aparece un cuarto término, que si bien es un significante referido a la ley simbólica, es un cuarto término en la medida en que siempre aparece el Nombre del Padre como algo que pertenece al Otro pero no es del Otro, o es el Otro de la ley respecto del Otro, o es un significante que sostiene la cadena en más o en menos. Lo que queda claro es que se trata de un cuarto elemento.

En el Seminario 22 Lacan refiere que del Nombre del Padre no se puede prescindir, porque si se prescinde, los registros se sueltan.

Hay un momento de Lacan donde pone en el centro el objeto *a* y parece que es posible un nudo borromeo donde real, simbólico e imaginario están anudados.

Luego, hay algo en el nudo de tres que no cierra, tal como al inicio de su enseñanza hay algo que en el Otro no cierra.

Se puede decir que hay un salto, hay pasaje, entre estructura y topología, que es el pasaje de escribir al sujeto como sujeto barrado representado por un significante para otro, a ubicar el anudamiento en real, simbólico e imaginario como nudo borromeo o –más adelante- como real, simbólico e imaginario y un cuarto término que es el *sínthome*.

La escritura de real, simbólico e imaginario es topológica y, la escritura de sujeto, Otro, objeto *a*, S1, S2, se ubicaría más del lado de una estructura lógica. Lacan hace una distinción entre su primera época, donde plantea que intenta demostrar que es una operación lógica; posteriormente pasa a la topología, donde se trata más bien de mostrar y no de demostrar.

El síntoma

El síntoma es un concepto que instala directamente en el campo de la clínica, en el campo del padecimiento. Es la razón por la que el sujeto acude donde un analista.

En la conferencia 16 psicoanálisis y psiquiatría Freud propone una forma nueva de concebir el síntoma dice “donde la psiquiatra la cierra y lo objetiva en una nomenclatura, el psicoanálisis lo hace hablar”.

En el “sentido de los síntomas”, conferencia de “introducción al psicoanálisis”, los años 16-17, Freud subraya el desconocimiento por parte de la Psiquiatría de

la forma aparente, la envoltura formal y el contenido del sentido de los síntomas. *El psicoanálisis dedica en cambio, especial atención a ambos y ha sido el primero en establecer que todo síntoma posee un sentido que se halla estrechamente vinculado a la vida psíquica del paciente. (Moreno, 1996)*

Para Freud el síntoma es tomado como un sentido que puede ser interpretado el camino del inconsciente y sus operaciones de desplazamiento y condensación. Si topa con un límite: la reacción terapéutica negativa y la compulsión a la repetición con lo que el síntoma resiste a la interpretación.

Lacan para el estudio del síntoma comienza insistiendo en la articulación significativa, considerándolo una metáfora para desplazar luego su interés al síntoma como una manera de gozar, al orientar su enseñanza al problema de lo real y del objeto a.

El síntoma puede ser visto de dos maneras; como sufrimiento que hace demandar ayuda al sujeto y por otro lado el síntoma es algo que hace que no pueda dejarlo, que hace que se repita, a eso se le llama goce. No se tratará de resolver el síntoma, ya que tiene que ver con una reactualización de sentimientos anteriores que se desplazan, lo que busca es un acotamiento de ese goce.

La modalización de satisfacción que el síntoma aporta tiene en sí mucho de extraño, ya que es inconcebible para la persona que siente, le presente satisfacción, más bien se le presenta como un sufrimiento y como tal se queja de ella.

Se puede decir también que el síntoma es un defecto de simbolización que constituye una dificultad en el sujeto porque no fue verbalizado, porque no pasó a la palabra y que se deshace cuando pasa a la misma, entonces la cura opera porque permite dar significación retroactiva a lo que permaneció como una dificultad para el sujeto en su experiencia.

Lacan toma como punto de partida las necesidades naturales del ser viviente, las cuales son desviadas por la necesidad de pasar por el código del Otro. A partir de eso, es no solamente un ser de necesidades, sino un ser de demanda. En "La dirección a la Cura", Lacan dice que toda palabra humana es demanda, de ahí que todo ser humano necesite ser escuchado y reconocido. Es justamente a partir de los significantes que va a recibir del Otro, es decir, a partir de las palabras, que va a tener su identidad.

A partir del momento en que la necesidad pasa por el Otro, se le pide algo y se trata de obtenerlo no solo como sustancia u objeto sino como una prueba de amor. Por eso deduce que en cuanto a la necesidad hay una demanda de amor. Que no es más la demanda de un objeto particular sino más bien, el testimonio de la respuesta del Otro.

Para Lacan el deseo está capturado en el deslizamiento de la cadena signifiante, el deseo no es educable, el deseo está coordinado con una función de falta, de carencia que es propia de los sujetos, por lo tanto cuando un sujeto demanda, el deseo ya ha sido deslizado y dirigido hacia un objeto específico por lo cual ya deja de ser deseo.

Si se atiende inmediatamente la demanda de un sujeto, para resolver su síntoma se estaría trabajando de manera errónea, puesto que hay que dejar que se desplace la cadena significativa para poder encontrar hacia donde se dirige su deseo.

El dolor

En muchas ocasiones los pacientes pueden presentarse mucho dolor inclusive después de su periodo de curación, en otras ocasiones el dolor aparece sin causa aparente y a veces es imposible relacionar el daño orgánico del paciente con su grado de dolor.

Existen diferencias biológicas y emocionales ante la sensibilidad al dolor, estas diferencias son ocasionadas por la tolerancia al dolor y el umbral del dolor. El umbral es el primer momento por el cual el paciente percibe por primera vez la sensación como dolorosa, la tolerancia es el punto en que el individuo no está dispuesto a aceptar niveles más altos de estimulación ni a continuar manteniendo los niveles actuales.

Es necesario indagar en el discurso del paciente, en las emergencias del inconsciente, si las causas de su dolor están relacionadas con su historia para de esta manera orientar el tratamiento. Hay que tomar en cuenta también ciertos beneficios secundarios que adquiere el paciente con dolor, ya que obtendrá mayor reconocimiento por parte de sus familiares y de su entorno social.

El dolor puede tener la característica de ser agudo, esto indicaría que algo del organismo no anda bien, este dolor se determina por ser localizado, pero cuando es intenso se generaliza a una porción mayor del cuerpo.

El dolor crónico se conoce como el dolor agudo que no cesa, impone un severo sufrimiento emocional, físico, moral al paciente y la familia ya que produce agotamiento, depresión, ansiedad, ira y frustración. Los pacientes que presentan dolor son derivados al departamento de cuidados paliativos, para administrarle medicamentos mediante la evaluación del médico según el malestar que presente, lo cual ayudará a aliviar el dolor. También es atendido por psicología para que el paciente si se siente disponible pueda poner en palabras aquello que lo aqueja o si bien para que pueda hablar de lo que desee.

CAPITULO CUATRO

Casuística

A continuación relataré dos casos de acuerdo al trabajo realizado con pacientes de la institución hospitalaria. Que de alguna manera refleja el tema realizado en el trabajo.

Primer caso:

El paciente es ingresado para realizar tratamiento de leucemia. En la primera entrevista relata sentirse sorprendido por esta enfermedad ya que nunca imagino que la tenía, notaba algo raro en él, ya que por el mínimo golpe que tenía en su cuerpo se le hacían moretones, y por la razón fue llevado a Solca. Se realizó un examen de sangre y los resultados mostraban bajos niveles de plaquetas. Luego de esto refiere no sentirse bien de ánimos *“prefiero dormir para no pensar mucho en mi hija (1 año 5 meses) porque no la he visto como desde hace cinco días, trato de hacer otra cosa para distraerme y no pensar en ella, porque me pongo mal, me deprimó”*.

En la segunda entrevista dice sentirse mal porque la mamá no le había dicho que su hija estaba enferma y eso le molesta porque *“mi mamá no me dice la verdad”, “creo que es para que no me ponga mal, pero es peor si no me lo dicen porque no me gustaría salir de aquí y al salir mi hija no este, si no me lo dice mi esposa no me entero”*.

En la siguiente entrevista mostró malestar puesto que su esposa lo visitó y se le dificultó conversar con ella porque el guardia la sacó de la habitación, *“eso me hizo sentir mal que hasta me puse a llorar”, “ya son varios días que no la veo y no es lo mismo hablar por teléfono que tenerla aquí en persona para abrazarla y decirle que la amo”; “ lo único que le pido a Dios es que me dé más tiempo de vida para ver a mi hija mas grande”.*

En la cuarta entrevista el paciente refiere que los doctores le dicen que esto va avanzando pero no le dicen realmente lo que tiene *“no me dicen la verdad” “a mi mamá le dicen una cosa a mi otra cosa, pero no saben cómo decir lo que tengo”.* El paciente también muestra deseos de salir rápido por eso sigue al pie de la letra lo que le manda el médico, pero refiere sentir miedo por las quimioterapias ya que le han dicho que es dolorosa, dice: *“yo necesito alguien que me aconseje, que me aliente, que me de fuerza para seguir luchando, que me diga que estoy bien”.*

En la quinta entrevista refiere no haber podido dormir en la noche porque le dio un *“crisis de insomnio”,* tiene este problema por varias noches. Al preguntarle qué siente cuando le da esto dice: *“me da desesperación que me quiero ir a mi casa, ya no quiero estar aquí, mi mamá dice que la trato mal, pero yo no me acuerdo, dice que yo le digo que se vaya, que no la quiero ver aquí”, “pero no entiendo porque me pasa esto solo es por media o una hora y es tipo doce de la noche,”* refiere que tiene este malestar para dormir desde que lo pasaron a esta habitación (ambiente 5) *“ el primer día que estuve aquí vi personas que lloraban y hablaban, entraban al baño, salían, se ponían a lado mío”*

Al siguiente día el paciente dice haber dormido bien, con el peluche que su hija le mandó y con un abrigo de su esposa a lado para imaginar que esta a lado de ella. Y se siente bien porque como le dijeron que tiene que pensar en cosas bonitas, cosas que más quiere *“y como lo que más quiero es a mi hija, en ella pienso siempre”*. Comentó también un cambio en su vida *“ya decidí cambiar, no ser orgulloso ni malcriado”*.

Durante varias entrevistas mencionaba los deseos que tenía que los doctores le digan que está bien y que se puede ir a casa *“yo lo que quiero es que me digan que estoy bien, que puedo ir a casa y recuperarme para poder estar con mi hija, jugar con ella”*.

Relata un sueño que tuvo en el que ve a toda su familia reunida en la playa comiendo, siendo él beneficiado con dos platos grandes de pescado, escuchando una frase de un tío: - *“ya ves sobrino que todo se puede, yo te dije que saldrías de esta”*.

En una de las últimas entrevistas que tuve con el paciente expresaba lo mal que se había portado con sus seres queridos empezando con su hija : *“yo no le daba tiempo a mi hija antes y ahora que estoy aquí me di cuenta que debí haberle dado tiempo cuando ella me decía que la saque al parque, yo le decía que después y no la sacaba”*; *“mi esposa me decía que salgamos a pasear o que necesitaba dinero para algo y yo le decía que no tenía y salía a tomar con mis amigos”*; *“mis padres me decían que no tome y yo no les hacía caso”*.

Posición subjetiva:

El paciente tuvo momentos de elaboración en el que asume responsabilidad propia por lo que le sucede “si hubiese hecho caso a lo que mis padres me decían que no tome”. Por lo tanto el relato del paciente se basaba en dos escenas que consistía en su situación actual, el estado de la enfermedad con escenas de otro momento, cuando estaba bueno de salud.

Presenta una conclusión abierta ya que tiene disposición para la entrevista, cuestionándose qué hacer, si seguir luchando o no, a lo cual a medida que procedían las entrevistas se lo respondió el mismo: “tengo que seguir luchando ya he recorrido bastante y lo hago por mi hija y mi esposa”.

El paciente en uno de sus relatos hace un esfuerzo por traducir al nombrar a cada miembro de su familia (su hija, esposa y los padres) con quienes no se portó bien, en algún tiempo atrás, en la actualidad se siente mal por eso y siente deseos de remediarlo “no debí de haber sido así”.

Esta última frase “no debí haber sido así” es una frase vaga, de la cual tiende a interpretar muchas cosas que implica su subjetividad, y es por medio de estas frases que se logra que el paciente trabaje, haciendo resonar esa palabra o frase vaga, de tal manera que si se le dificulta un poco el volver a poner en palabras lo dicho, quiere decir que esta en un proceso de elaboración, que algo de lo que se le hizo escuchar de su propio relato lo implicó.

Segundo caso:

El paciente viene de Quevedo a realizarse tratamiento contra el linfoma que padece. En la primera entrevista se muestra tranquilo comentando que ya se iría a casa al día siguiente, ya que viene solo por tres días cada mes.

Relató el trayecto que debe hacer para llegar a Solca desde donde vive, puesto que es muy lejos y hay caminos donde no pasan carros y hay que ir caminando, lo cual le preocupaba porque son zonas peligrosas donde debe llevar siempre monedas para darle a las personas que transitan por ahí sino le roban, *“siempre mi hermano u otro familiar me van a ver para no pasar solo por ahí, la gente de ahí si nos conoce peri como andan tomando o fumando si no se le da una moneda nos roba”*.

Al siguiente mes que regresó a realizarse su tratamiento, relató acerca de su hija que murió días después de haber nacido. Comentó que él ya se sentía enfermo desde que el médico le comunicó que su hija venía con malformaciones (labio leporino e hidrocefalia) al quinto mes de embarazo de la esposa. El paciente va al médico para hacerse tratar su enfermedad, cuando su hija muere. Luego de esto menciona *“yo he pasado una vida muy dura”, “casi me muero cuando mi hija murió, me puse muy mal casi se me para el corazón”*.

Menciona lo triste y mal que se siente de no poder darle un hermanito a su hijo de 11 años quien le pide desde hace mucho tiempo un hermanito. *“yo creo que de aquí no podre tener hijos hasta después de un buen tiempo porque le pregunté al médico si con la enfermedad que tengo podré tener hijos y me*

respondió que podría ser o no después”;” me siento mal de ver a mi hijo jugar solo y él siempre me dice que quisiera tener un hermanito, pero que sea hijo de papá y de mamá no de otra persona; se pone triste y me duele verlo así yo me siento mal, por eso, nos afectó mucho la muerte de mi hija”. “antes lo pude hacer y ahora que estoy enfermo ya no podre tener otro hijo, pero por andar saliendo con amigos por vivir mi vida como una persona soltera no lo hice”

“esta enfermedad me ha hecho reflexionar, me hizo ver la vida, es como he vuelto a nacer porque con todo lo que yo he pasado, Yo me portaba mal con mi mujer y mi hijo, yo salía a tomar llegaba borracho a veces no llegaba, andaba con otras mujeres, llegaba chupeteado” “yo sí que hacia sufrir a mi mujer”.

Refiere que el tratamiento de esta enfermedad lo mantiene por un tiempo nada más, hasta que ya no haya más que hacer, lo menciona, debido la imposibilidad que está teniendo para trabajar, ya no tiene muchas fuerzas y de cierta manera le afecta “ya solo toca esperar a que Diosito diga hasta cuando este aquí”

Comentario acerca del caso:

El paciente relata un suceso de su vida muy doloroso como es la muerte de su hija, la cual esperaba con ansias para complacer a su hijo que demandaba siempre tener un hermanito para jugar.

Relata dos escenas: la situación actual que es esta imposibilidad de poder procrear otro hijo, con escenas de otro momento cuando se encontraba bien de salud y no haber podido hacerlo “por vivir la vida de soltero y darle sufrimiento a

mi familia”, asumiendo así la responsabilidad de lo que sucedió puesto que esta enfermedad le había mostrado la vida, haciéndole reflexionar.

Conclusión

El trabajo teórico ha permitido ubicarnos con una posición y una escucha diferente, comprender que debemos respetar las maneras de gozar del paciente sea cual sea, pero lo importantes es la posición que asuma el paciente frente a su discurso. Si el paciente no es responsable de su problemática, no va haber ningún cambio en su conducta, ya que un análisis se lleva a cabo con toda la responsabilidad del paciente.

La implicación subjetiva no se puede lograr en todos los pacientes que son entrevistados, sino solo en pacientes que a partir del trabajo han podido hacer una elaboración a partir de la implicación de sus propios dichos, el cual es posible por la intervención pertinente que realizamos de acuerdo al discurso del paciente, logrando identificar lo que se repite y las dificultades en el relato.

Es por medio de los casos presentados que se evidencia esta implicación subjetiva, la responsabilidad que asume el paciente frente a sus dichos.

Referencias

Bibliografía

- Aquileana. (27 de abril de 2008). *aquileana wordpress*. Recuperado el 20 de febrero de 2012, de <http://aquileana.wordpress.com>
- Becerra - Fuquen, F. (s.f.). algunas consideraciones acerca del lenguaje en el psicoanálisis. *revista Psikeba. numero 10* .
- Bleger, J. (1963). *psicología de la conducta*. Buenos Aires: Paidós.
- Dolto, F. (1986). *la imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1992). apéndice palabra y cosa. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1923). El Yo y el Ello. En S. Freud, *Sigmund Freud. Obras Completas. tomo III* (pág. 2704). Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (1901). interpretación de los sueños. En S. Freud, *Sigmund Freud. Obras Completas. tomo I*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. La Identificación. En S. Freud, *Sigmund Freud. Obras Completas. tomo III*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (1915). Lo inconsciente. En S. Freud, *Sigmund Freud Obras completas tomo II* (pág. 2065). Buenos Aires: El Atebeo.
- Goldenberg, M. (Julio de 2006). *Virtualia. revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*. Recuperado el 20 de febrero de 2012, de <http://virtualia.eol.org.ar>
- Hall, C. s. (1974). *Compendio de psicología Freudiana*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, e. 1. (s.f.). *Scribd*. Recuperado el Febrero de 2012, de <http://es.scribd.com/doc/6998825/LACAN-Escritos-1-Tres-El-Tiempo-Logico-y-El-Aserto-de-CePDF>
- Lorenzo, N. d. (2011). *NODVS XXXIII*. Recuperado el febrero de 2012, de <http://www.scb-icf.net>
- Miller, J. A. (1997). *Introducción al método Psicoanalítico*. Buenos Aires - Barcelona - México: Paidós.
- Moreno, A. W. (1996). En el principio era... el síntoma. En E. d. Córdova, *perspectivas del síntoma* (págs. 35-36). EOL- sección Cordova.

Vandermersch, R. C. (2004). *diccionario del psicoanalisis*. Buenos Aires: Amorrortu.