



SISTEMA DE POSGRADO

TESIS FINAL

Previa a la obtención del grado de
MAGÍSTER EN PSICOANALISIS CON MENCIÓN EN CLINICA PSICOANALITICA

“TITULO DE LA TESIS”

CLINICA PSICOANALITICA PARA PACIENTES CON CANCER

Tutora:

DRA. NORA GUERRERO DE MEDINA

Elaborado por:

PSICÓLOGA CLÍNICA INÉS VERA MOLINA

Guayaquil, febrero del 2013



SISTEMA DE POSGRADO

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Psic. Clin. Inés Matilde Vera Molina, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magíster en Psicoanálisis con mención en Clínica Psicoanalítica.

Guayaquil, a los 30 días del mes de octubre año 2012

DIRECTOR DE TESIS

Dra. Nora Guerreo de Medina

REVISORES:

Dra. Mayra Landivar de Hanze

Dra. MariuxiEgasMiraglia

DIRECTOR DEL PROGRAMA

Dra. Nora Guerreo de Medina



SISTEMA DE POSGRADO

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

YO, Inés Matilde Vera Mollina

DECLARO QUE:

La Tesis “CLINICA PSICOANALITUCA PARA LOS PACIENTES CON CANCER” previa a la obtención del Grado Académico de Magíster, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de la tesis del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 30 días del mes de octubre año 2012

EL AUTOR

Inés Matilde Vera Mollina



UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

AUTORIZACIÓN

YO, Inés Matilde Vera Mollina

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución de la Tesis de Maestría titulada: “CLINICA PSICOANALITUCA PARA LOS PACIENTES CON CANCER”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 30 días del mes de octubre año 2012

EL AUTOR

Inés Matilde Vera Mollina

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

ÍNDICE

	Págs.
INTRODUCCIÓN	1
PRIMER CAPITULO	
1.1. Antecedentes	4
1.2. El psicoanálisis en Instituciones públicas	6
1.3. Consideraciones particulares del psicólogo clínico en la Institución	10
1.4. Cuerpo y Enfermedad	21
SEGUNDO CAPITULO	
2.1. Psicoanálisis y Medicina	24
2.2. Discurso médico y discurso psicoanalítico	32
2.3. Ética médica y ética psicoanalítica	37
TERCER CAPÍTULO	
3.1. Clínica de la Urgencia	43
3.2. Acompañarlos en el buen morir	52
3.3. Otras ofertas terapéuticas que brinda la psicología a pacientes con cáncer	53
3.3.1. Psicoterapias breves	53
3.3.2. Terapia cognitiva conductual	55
3.3.3. Terapia sistémica familiar	57
CUARTO CAPÍTULO	
4.1. Casuística	61
4.2. Caso A	63
4.3. Caso B	66
4.4. Caso C	69

CONCLUSIONES	74
BIBLIOGRAFIA	76

INTRODUCCIÓN

Esta investigación busca responder algunas preguntas como: ¿el psicoanálisis puede ofrecer su trabajo para la contención de los sujetos con cáncer? ¿Qué modos de intervención se pueden ubicar desde la clínica psicoanalítica? ¿Cómo se plantea desde distintos discursos al sujeto con cáncer?

El lugar donde se ha venido realizando este trabajo, y que da lugar a mi propuesta, es el Hospital Oncológico “Julio Villacreses Colmont”, SOLCA Manabí, en la ciudad de Portoviejo. Funciona como Institución Hospitalaria desde el 3 de enero del 2005, anteriormente funcionó como un centro Oncológico tipo A, por el lapso de 25 años. Actualmente cuenta con infraestructura de primer nivel, con los servicios completos para la atención de paciente con cáncer, por lo cual ha sido categorizado como Hospital de nivel 3 que es el más alto reconocimiento a nivel de Instituciones de Salud, y el único que cuenta con esta calificación en la provincia.

Es importante que mencione que esta institución es parte de los otros núcleos de SOLCA a nivel nacional que se dedican a la prevención y tratamientos de cáncer, los cuales son dirigidos de forma autónoma con su directorio respectivamente. A partir del año 2010 estas Instituciones de Salud reciben el 50% presupuesto por parte del estado, y el otro porcentaje es manejado a nivel de convenios existentes con otras Instituciones como el IESS y MSP, que corresponden a un 70% de los pacientes que asisten para hacer atendidos en el Hospital.

Desde un enfoque interdisciplinario hablan las autoridades del Hospital que se brinda atención a los pacientes con cáncer que acuden a realizarse las distintas consultas para el diagnóstico de cáncer, por lo que en el Protocolo de Manejo de Pacientes en Consulta Externa, uno de los pasos obligados luego de haber sido diagnosticados con cáncer, es asistir a la consulta psicológica, por lo “traumático” que puede ser el recibir este diagnóstico. Perspectiva no equivocada, desde el punto de vista de otros profesionales que trabajan en el hospital, porque hay sujetos que se colocan en una posición de negación de la realidad, otros que presentan cuadros depresivos con una presencia importante de angustia. Lacan menciona que tanto el encuentro con la sexualidad y con la muerte no encuentra respuesta en el aparato psíquico, es por esto que un diagnóstico de cáncer provoca en el sujeto una conmoción intensa en su subjetividad que al no ser capaz de resolverlos por sus medios habituales provocará distintas respuestas. Es necesario mencionar que el sujeto con altas sospechas de tener cáncer es sometido a varios exámenes, ecografías, tomografías, biopsias, etc., antes de un diagnóstico definitivo. El cuerpo de este sujeto es invadido por los avatares de la ciencia, para la cual lo importante es un organismo que no funciona adecuadamente según sus principios, entonces “hay que arreglarlo”. Inmediatamente se le comunica al paciente sobre los resultados de los exámenes. Este proceso según normas y protocolos de Consulta Externa de nuestro Hospital, el procedimiento no demora más de 21 días, y esto dependerá de otros procesos que le acompañan para formas de pago del tratamiento.

Es aquí donde comienza la intervención de los profesionales del servicio de Psicología cuando el sujeto es derivado o se solicita la atención especializada, sujeto que llega abatido, conmocionado por las diversas intervenciones y exámenes.

En los capítulos de esta investigación se describe los antecedentes que le preside, además como el psicoanálisis ha venido posesionándose en las Instituciones hospitalarias y públicas, y desde su posición le van dando lugar a la particularidad, además se menciona el trabajo en la Institución. Se exponen los discursos de la medicina y del psicoanálisis. Tratar estos dos temas de manera conjunta supondrá suscitar los habituales problemas entre las palabras y las cosas. Ya en el tercer capítulo, el abordaje desde el psicoanálisis y los principales aspectos a considerar desde la clínica de la urgencia. Así, también se exponen otras ofertas terapéuticas para el trabajo con los pacientes con cáncer. Y la exposición de dos casos manejados desde el psicoanálisis de la orientación lacaniana, además se presenta un caso trabajado por el psicoanalista Jorge Chamorro con una paciente que inicio su análisis y que durante el mismo enfrentó esta enfermedad. Se toman fragmentos del libro escrito por la paciente.

PRIMER CAPITULO

1.1. Antecedentes

Alrededor de 800 pacientes nuevos en el 2011 fueron diagnosticados y atendidos con esta enfermedad, y el primer semestre del 2012 llevan 675 pacientes. En el año 2011 se realizaron 1530 consultas psicológicas, entre consultas de 1era vez y subsecuentes. El más frecuentes de los tipos de cáncer en las mujeres es el de cérvix y en los hombres de próstata. Pero no deja de ser considerable el alto crecimiento de cáncer de mama en la población, el cual ocupa el segundo lugar dentro de las estadísticas nacionales, seguidos de los canceres linfáticos. Sin dejar a un lado la historia de una enfermedad que desde el siglo XIX ha despertado interés en el mundo científico sobre respuestas terapéuticas para encontrar la posible cura; nos lleva a la reflexión que solo el hecho de mencionar esta enfermedad se manifiesta en muchos sujetos angustia por su significación enlazado a la muerte. (Las estadísticas presentadas reposan en el Departamento de Registro Hospitalario de la Institución).

Es importante resaltar que para el presente año, 2012, contará con certificaciones internacionales de calidad, propuestos en el Plan Estratégico Institucional. La visión de SOLCA núcleo de Manabí: “Para el año 2012 SOLCA Manabí-Esmeraldas brindara una atención integral de excelencia a sus usuarios y usuarias, para lo cual estará certificado por normas internacionales de calidad y promocionará la práctica docente y la investigación oncológica” y la misión: “prevención y atención al paciente oncológico”

Respondiendo a las exigencias del mercado, discurso primordial de nuestro tiempo, el cual exige que el trabajo realizado por los profesionales de la salud sea evaluado y registrado en relación a protocolos. Por ende, el trabajo realizado por el servicio de Psicología, y demás profesionales de la Institución es continuamente evaluado por las autoridades correspondientes bajo normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública, donde se da lugar a los Indicadores de productividad elaborados por el departamento de Gestión de Calidad de la Institución.

Ya en la práctica, los pacientes que acuden a la Institución para recibir la atención oncológica, tienen que someterse a cierto tipo de secuencias como parte de los protocolos establecidos según la atención en Consulta Externa y Hospitalización.

Desde el año 2011, el Departamento de Psicología, pasó a ser un servicio de la Consulta Externa por decisión del Departamento de Gestión de Calidad a través de una evaluación realizada por una empresa privada que realiza evaluaciones de puestos y perfiles. No hay exigencias en relación al tipo de formación por lo que las psicólogas que laboran en la Institución poseen distintos criterios en relación al tratamiento psicológico a realizar en la atención con pacientes. Los diagnósticos psicopatológicos son basados en el Manual de Diagnóstico de Salud, DSM IV, como lo es solicitado a los diferentes departamentos de Psicología o Salud Mental de las Instituciones regidas por el Ministerio de Salud Pública. Al momento no contamos con la atención del médico psiquiatra, como sucede en otras Instituciones con la misma misión estratégica. Si fuera necesaria la medicación psicofarmacológica, que ha sucedido por sugerencia del servicio o/y por criterio médico el paciente es derivado al Médico Internista para su respectiva evaluación.

Los pacientes son atendidos en el área de consulta externa, quimioterapia y hospitalización, cuya demanda parte, en algunas ocasiones, del médico tratante, el cual cumple muchas veces con lo establecido en los protocolos de atención en consulta externa y hospitalización o como en algunas ocasiones que las derivaciones provienen bajo pedido del paciente.

Este trabajo está basado en torno a la demanda de ayuda psicológica de los sujetos con cáncer en consideración a “su sentir” en relación a la enfermedad, y algunos médicos que consideran que hay algo más allá de los puntos estrictamente científicos, es ahí donde el psicoanálisis puede aportar su teoría de la praxis. Y además responder a los continuos interrogantes del servicio de Psicología y otros profesionales del hospital: ¿Qué hacer para mejorar la condición de los pacientes frente a la enfermedad y tratamiento? ¿Qué reacciones y fenómenos son vividos por los pacientes? ¿Es para todos la misma implicación subjetiva?

1.2. El psicoanálisis en Instituciones Públicas

La posibilidad del psicoanálisis en marcos diferentes al consultorio privado, fue abierta por Freud en 1918, cuando en “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica”, propone “prepararse para el futuro”. A Freud le interesaba la extensión del psicoanálisis, y consideraba que era reducido el número de personas que podía acceder a él, en relación a la “enorme miseria neurótica que existe en el mundo”. Freud esperaba que algún día el estado se hiciera cargo de tal situación. “Cuando suceda se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones”.

Desde que los psicoanalistas se acercaron a los hospitales surgieron problemas que ya podemos llamar clásicos: como si el psicoanálisis es posible en el hospital, el tema del dinero, la duración de los tratamientos, el abordaje de la psicosis, etc. Las Instituciones públicas constituyen un recurso que tiene como objetivo la salud. En el caso que nos ocupa se trata de la salud mental. Como sabemos este término tiene dos referencias: por un lado se designa a la instancia administrativa que debe implementar las políticas que aseguren los derechos de la comunidad. Por otro constituye una concepción del hombre en tanto ser social, en las que se despliegan las potencialidades del individuo y las posibilidades que le brinda la sociedad. En ambos casos se trata del predominio de una lógica que responde a un “para todos” bajo diferentes modalidades, políticas, ideológicas, científicas, etc.

El hospital provee un amplio espectro de psicoterapias que apuntan a la modificación de la conducta y prometen eficiencia a la brevedad posible, a fin de lograr el tan ansiado bienestar que produce la salud. Considerando la salud como un ideal de normalidad y equilibrio que es igual para todos. Universalización y homogenización van de la mano del discurso imperante. No salirse de la norma asegura la felicidad, ser igual a todos evita el malestar.

Por su lado, la ciencia provee la oferta más variada de fármacos y tecnología para agilizar el proceso de sanación. Ya que la salud mental no provee garantías de ingresos permanentes sin el uso de fármacos.

De esta manera, la práctica de un saber determinado se ejerce en función de satisfacer una demanda social y esta práctica queda enmarcada en una serie de procedimientos que la Institución va a normativizar y a reglar en función de sus objetivos.

Aquí toma relevancia el desarrollo de una praxis cada vez más cínica y ecléctica, guiada por los criterios de eficacia y eficiencia que se miden por las estadísticas. Los protagonistas ya no son las autoridades médicas, reconocidas por su trayectoria y su formación, sino los manuales de procedimientos, y hay que decir que desde esta perspectiva, las psicoterapias denominadas de “objetivos limitados” orientadas por su criterio adaptativo y asimiladas perfectamente al semblante profesional del psiquiatra o del psicólogo clínico sin orientación psicoanalítica, tienen su lugar asegurado. Freud ya en su libro *Malestar de la Cultura* nos demostró los procesos de idealización que fundan la autoridad de líder. “Lo que comenzó por el padre termina en las masas”. La indiferencia de Freud se manifestó solo en relación con la filantropía, ya que siempre desconfió de esta práctica, por encontrarla justificada por el ideal. Se trata de un ideal terrible donde pueden concluir la voluntad de resultado científico y el uso político para establecer un mundo donde la razón justificara que las reglas sean verdaderos dogmas. Y lo vemos personificado en las psicoterapias de objetivos limitados, respondiendo a un ideal, el ideal de las normas y reglas. El ideal científico.

Para los psicoanalistas y practicantes del psicoanálisis, no hay nada asegurado y la cuestión es muy diferente.

“La presencia de los analistas en los hospitales ha tenido siempre un carácter sintomático. En principio debido a razones discursivas, ya que el psicoanálisis mismo es una manifestación sintomática del discurso médico, es preciso recordar entonces, que no hay un lugar preestablecido para los psicoanalistas en los hospitales, de manera que lo que va a ponerse en juego es el modo en que cada practicante del psicoanálisis construye e inventa, como practica en el hospital. El lugar que allí no hay”. (Daniel Millas, 2002).

Por lo tanto una a cuestión a considerar es cómo cada practicante, hace uso del semblante profesional para servirse de él, para saber usarlo.

Jacques Lacan en el acto de fundación de su Escuela, el 21 de junio de 1964, “contribuya a efectuar la puesta a prueba de los términos categóricos y de las estructuras psicoanalíticas tanto en el examen clínico, en las definiciones nosográficas y en la posición misma de los proyectos terapéuticos”. Lacan distingue cuidadosamente la terapéutica de la psicoterapia, ya que el objetivo psicoterapéutico es de “conformismo de la intención, barbarismo de la doctrina, acabada regresión a un psicologismo puro y simple” ya que el psicoanálisis “considera la particularidad subjetiva, que va más allá de los derechos humanos”. Es importante resaltar que desde su acto de fundación, Lacan, marca la diferencia de trabajo entre psicoanálisis y la psicoterapia, y aunque un Hospital responda al ideal de salud, y a las normas y reglas establecidas por las políticas de estado, se instituye una posición diferente, la del sujeto del inconsciente, es decir darle lugar a la singularidad.

Dice Eric Laurent (2000) que se puede adoptar una doctrina de prudencia en las Instituciones:

“No intentar demasiado saber que son, admitir su asistencia como un hecho o tener, en esta área o en área social general, cierta desconfianza, la desconfianza del sabio. El psicoanálisis puede alentarnos en esta empresa, en la medida que desconfía de las identificaciones. Llegaríamos así a la indiferencia”.

Sin dejar de reconocer las dificultades que encuentran los psicólogos clínicos de orientación analítica en una Institución hospitalaria como las condiciones de tiempo y de dinero, destacada tanto por Freud como por Lacan. Por lo que hay que límites anticipados, además del buen uso de los semblantes hospitalarios, se trata de saber hacer, y que se conozca por qué se inscribe una práctica en el hospital, y de qué manera uno se encuentre ahí concernido.

Además que la Institución, depende de las normas de calidad ISO 9001, objetivo estratégico institucional, trazado para el 2013-2016, el cual exige adaptarse a normas, funciones y protocolos establecidos por políticas de salud, es cuando más necesitamos dar lugar la singularidad, es el compromiso de los practicantes del psicoanálisis, no aplastar por el sentido y el poder hipnótico de la palabra a los pacientes que consultan por los afectos y conmoción de una enfermedad que se encuentra ya invadida por los avatares de la ciencia, a la cual le sumamos la connotación que a nivel imaginario provoca de manera general esta enfermedad. Es también trabajo del psicólogo de orientación lacaniana como se posesionará subjetivamente a este paciente en la institución.

1.3. Consideraciones particulares del psicólogo clínico en la Institución

El servicio de Psicología del Hospital Oncológico “Julio Villacreses Colmont” pertenece al área de Consulta Externa, donde se encuentra otros de servicios como la pre-admisión de los pacientes nuevos y servicios especialista no oncológicos: Infectología, Endocrinología, Pediatría, Medicina Interna. Alrededor de 14 pacientes deben ser atendidos por cada una de las psicólogas del servicio, la atención se la realiza en el consultorio, en cama y pacientes ambulatorios por otros departamentos del Hospital como: Quimioterapia Ambulatoria, radioterapia, cuidados paliativos, terapia de dolor, etc.

La atención a pacientes en estas áreas dependerá de la demanda tanto del paciente que lo solicita como del profesional. Las funciones del psicólogo ubicadas ya en un manual de procesos, aprobado ya en primera instancia por el departamento de Gestión de Calidad, son las siguientes:

- Atención psicoprofiláctica, quimioterapia, quirúrgica y radioterapia.
- Atención psicoterapéutica a pacientes con diagnóstico oncológico.
- Atención a pacientes en la Unidad de Cuidados Paliativos y terapia de dolor.
- Realización de carteleras informativas para los pacientes.
- Colaborar con otras áreas del hospital en la realización de actividades y programas de prevención y rehabilitación en relación al paciente con cáncer.
- Asistir y participar en el Staff Médico del Departamento de Docencia.
- Asistir en el comité de casos positivos, de bioética e investigación y docencia del Departamento de Psicología.

En relación a este tipo de funciones se realizó, como los otros servicios, una investigación en otras Instituciones de igual atención, ya que no existen en el país protocolos establecidos para las diferentes tipos de atención a la población en general, por lo que se adaptó frente a las necesidades y demanda del hospital, protocolos ya existentes.

Funciones que son realizadas con precisa rigurosidad ya que dichas funciones como las de atención directa al paciente, psicoprofiláctica y psicoterapéutica, son las vías con las que se miden los indicadores de productividad y calidad del trabajo; y las otras funciones son evaluadas a través de asistencias y sus respectivos parámetros de evaluación. En relación a la atención psicoprofiláctica, menciono que es realizada para que el paciente ya diagnosticado que vaya a ser sometido a algún tipo de tratamiento tenga el espacio para hablar sobre dicho tratamiento y que el psicólogo brinde la información necesaria para disminuir los niveles de ansiedad que produce en el paciente la cirugía, quimioterapia y radioterapia.

Esta atención se la ha considerado de 1 a 6 entrevistas si fuera necesario, que concluye con la entrevista de cierre luego de haber realizado dicho tratamiento. Ya el trabajo psicoterapéutico es cuando el paciente demanda la atención psicológica luego de haber culminado la psicoprofilaxis. La atención en la Unidad de Cuidados Paliativos y terapia de dolor, se la llama dentro del Hospital como una “atención muy particular” ya que se trata de los pacientes en etapa terminal o que se encuentran fuera de todo tipo de tratamiento oncológico.

Muchas veces el paciente que se encuentra ya en la Unidad ha sido atendido en otras ocasiones, desde la llamada atención psicoprofiláctica. Señalo que dicho servicio oferta además las visitas domiciliarias a los pacientes, y que en varias ocasiones, soy convocada para asistir. Dentro de la colaboración a otros servicios, es el de apoyar a la formación de grupos de apoyo, proyecto realizado por el departamento de Trabajo Social el cual no cumple con el objetivo específico planteado, ya que se ha dedicado a terapias ocupacionales, por lo que queda pendiente la utilización de este recurso en el apoyo a los pacientes con cáncer.

Además participar en el Staff médico con conferencias en relación a la atención de los pacientes, es importante resaltar la participación de psicología en la comisión de casos positivos, ya que es el comité que toma las decisiones en relación a la terapéutica a seguir, y a pesar que el discurso médico es el discurso Amo, varias ocasiones es tomada en cuenta nuestra opinión en relación a lo planteado por el paciente y su demanda, es decir darle un lugar al paciente en el deseo del médico el cual espera que el paciente realice lo planificado y establecido por los protocolos internacionales.

En lo que respecta al trabajo de atención directa del paciente, no hay una norma establecida o lineamientos específicos del profesional frente al paciente oncológico, cada una de nosotras tiene marcada su orientación ante las demandas enunciadas por los sujetos que recurre al servicio de psicología, que como ya mencioné antes, un grupo viene por derivación del médico, como paso obligado y otras como demanda propia. Existe por lo tanto 2 posiciones: la cognitiva-conductual y la orientación psicoanalítica.

El paciente que llega recibe el diagnóstico de cáncer, la respuesta va a variar de sujeto en sujeto va a depender de su subjetividad pero la que observamos con mayor frecuencia es un alto nivel de angustia o un estado de shock emocional tan fuerte que pareciera que al recibir el diagnóstico es tan intenso que le impide pensar y sentir.

Otras reacciones emocionales del paciente con cáncer, pareciera que responden a la reacción general de la comunidad donde la palabra cáncer se la asocia inmediatamente con la muerte. Frente a esta situación podemos pensar en lo que Sigmund Freud señalaba como duelo, para él, la reacción de duelo se da por la pérdida de un ser amado; o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc.

¿Qué les pasa a los pacientes con cáncer? Frente al diagnóstico de cáncer podemos hablar de pérdida; del ideal de vida, de la salud; en ocasiones de la pérdida de un pedazo del cuerpo, sumando a todo esto el deterioro de la imagen que provoca los tratamientos como la cirugía, quimioterapias, radioterapia, etc.

- a) Considerando las reflexiones freudianas en su artículo “duelo y melancolía”, podemos pensar que los sujetos que sufren esta enfermedad, cáncer, que toca su

cuerpo, evidencian que se presentan en los duelos, es decir negación del suceso, angustia, agresión, depresión, culpa, pues que Dios los ha castigado, por no haber cumplido con sus preceptos. La clínica psicoanalítica apunta en estos casos a un trabajo de simbolización, que el sujeto vaya liberando poco a poco la libido que investía lo que perdió o lo desplace a otros objetos. A pesar de que la sintomatología que presentan puede ser muy variada y compleja no la remitimos al médico psiquiatra para que lo trate, salvo que la enfermedad haya desencadenado a este sujeto cuya estructura es una psicosis, y entonces necesita medicación anti psicótica.

- b) El psicoanálisis no apunta a perturbar y mucho menos a borrar este “dolor” que invade al sujeto, más bien postula al duelo como “resorte fundamental de la constitución del deseo”, como momento subjetivante. Un duelo es ese momento singular para cada sujeto en que se inscribe un trazo nuevo, creación simbólica que recubre el agujero producido en lo real por la pérdida ocurrida. Se puede decir que se concluye un duelo una vez realizado el investimento libidinal de otros objetos. Lacan menciona que el objeto, por el que estamos de duelo, que se acaba de perder es insustituible. Aunque en diversas ocasiones Lacan no se conforma en considerar lo sustitutivo, como culminación del duelo sino que aporta elementos para pensar que un duelo ofrece la ocasión de una recomposición significativa en la estructura, y en consecuencia de una redistribución de goce.

La función de duelo permite elevar la pérdida a la categoría de falta, cierta inscripción de la castración. Para Jean Allouch el problema del duelo quedaría planteado

como una X, como una incógnita en tanto connota la clínica, que en cada caso, el duelo nos advierte de su fundamento.

Y, ¿Cuándo hablamos de duelo patológico? Freud manifestó que el duelo patológico es plantear el tema de la melancolía. La melancolía es lo contrario a una elaboración de duelo, porque la pérdida es desconocida, y hay persistencia de la inhibición en este estado. En el melancólico observamos un deseo, si podemos llamarlo deseo, por comunicar a todo el mundo sus propios defectos, como si en este rebajamiento hallara una satisfacción. Continúa: “la melancolía toma una parte de sus caracteres del duelo y otra, del proceso de regresión de la elección de objeto narcisista al narcisismo”. Es tratar de saber no solo qué perdió, sino qué se perdió en eso que se perdió. Aquí podemos diferenciar entre el sujeto melancolizado y la melancolía como estructura, que iría bordeando la Psicosis.

Frente a un diagnóstico de cáncer se avecinan fantasías de deterioro, dolor y muerte. El cuerpo, es invadido por los avatares de la medicina, son contingencias que irrumpen en el cuerpo. Dependiendo del tipo de diagnóstico, este cuerpo puede ser mutilado, la imagen especular es afectada, algo de esa imagen se pierde. Para el psicoanálisis el cuerpo es erógeno atravesado por la estructura previa del lenguaje, construcción que hace al sujeto desde su nacimiento. A la ciencia se le escapa continuamente la dimensión gozante del cuerpo, por lo tanto la apuesta es producir una dialectización de aquello que se encarnó como fenómeno en un cuerpo que sufre. El cuerpo presentifica al goce. Desde la clínica es percibir como este cuerpo que es afectado por los tratamientos, incide en la subjetividad de los sujetos y a su vez en la tramitación del duelo. La implicación de la imagen corporal es

un factor importante a analizar en relación a la posición singular que asuma el sujeto, esta cuestión particular mueve al sujeto en su posición fantasmática.

Es a través de la clínica Psicoanalítica que se permite al sujeto con cáncer elaborar frente al encuentro con lo real, alguna operación simbólica con aquello que es una pérdida (de los ideales) y desestabiliza la estructura, y ayudarlo a enfrentar el proceso del tratamiento de la enfermedad y recuperación. ¿Cómo lo hace? Hay que tomar como referente principal la clínica psicoanalítica que se maneja, en base a la ética y lógica, pero que no responde a los estándares establecidos por el Discurso Médico, sino que se dirige al sujeto desde su singularidad de goce, rescatando la dignidad del sujeto, dando lugar a la palabra. Es desde el psicoanálisis que se le ofrece al sujeto con cáncer la tramitación del duelo que es una reacción frente a la pérdida que hace agujero en lo real que moviliza todo el orden simbólico. Dice Jacques Lacan (1958) que “el duelo ofrece algo más que la sustitución de objeto, es el duelo recomposición significativa en la estructura, y en consecuencia de una redistribución de goce”.

Hay que tener en cuenta como el sujeto ha respondido frente a momentos cruciales y si lo que observamos, en este período de la enfermedad, son reacciones típicas desde su goce fantasmático y/o son síntomas nuevos como respuesta al encuentro con lo real de la enfermedad.

Desde el psicoanálisis se trata de formalizar el conocimiento para comprender desde su lógica que ocurre cuando el sujeto se enfrenta con la probabilidad de la muerte; como cada sujeto tramita esta significación de cáncer y la posición del analista frente a este duelo que el sujeto tiene que tramitar, allí donde el discurso médico solo fija su visión en el

organismo olvidando al sujeto constituido. La clínica psicoanalítica oferta una escucha, que permite articular el silencio pulsional con ese algo de la palabra que pueda bordear lo pulsional y le permite encontrar significación de su padecer.

Al articular Medicina y Psicoanálisis nos dirigimos al encuentro de dos saberes que tienen una visión distinta de cómo actuar frente a un sujeto atemorizado con la posibilidad del deterioro del cuerpo y la probabilidad de la muerte. La medicina mira al sujeto como un organismo vivo, un organismo que se presta, ya muerto, al servicio de un discurso científico y, ya vivo, al goce de ese discurso. Desde la medicina el sujeto con cáncer debe de responder a los parámetros de los establecidos por la Organización Mundial de la Salud en relación a un tipo de tratamiento ya estudiado y comprobado.

El psicoanálisis ofrece un espacio de escucha para el paciente y su familia, se da lugar a la palabra, a los significantes que envuelven este encuentro con lo real para cada sujeto desde su particularidad.

En su texto “el inicio de tratamiento”, Sigmund Freud declara tener la costumbre de practicar lo que llama tratamiento de ensayo, tratamiento psicoanalítico de una o dos semanas antes del comienzo del análisis, propiamente dicho. Esto servirá, según él, para evitar la interrupción del tratamiento de análisis luego de un cierto tiempo, que realmente está más vinculada la transferencia establecida entre el analista y el analizante. En el mismo texto, anuncia que la primera meta del análisis es la de relacionar al paciente a su tratamiento y a la persona analista, la del establecimiento del diagnóstico, y en particular diferenciar entre neurosis y psicosis.

La expresión entrevistas preliminares corresponde en Jacques Lacan al tratamiento de ensayo de Sigmund Freud. Esta expresión indica que existe un umbral, se trata de un tiempo de trabajo previo al análisis “no hay entrada al análisis sin las entrevistas preliminares”. (Jacques Laca, 1971). Que ensayo o entrevistas preliminares, se hace la distinción del análisis, porque en esta fase se deja al paciente hablar casi todo el tiempo y la tarea realmente es la de relanzar el discurso que nos presenta el paciente. Sigmund Freud nos dice que hay razones diagnósticas para establecer este tiempo, ya que permite la dirección del análisis en sí. Para Jacques Lacan las entrevistas preliminares es el momento en que el sujeto comprende su implicación en la responsabilidad de sus síntomas y el momento de transformar las entrevistas, en análisis propiamente dicho.

Es a partir de estos enunciados que he referido que es posible trabajar con una perspectiva de orientación lacaniana en la atención a pacientes oncológicos, dando un espacio para que el sujeto que demande atención o sea derivado, tenga la oportunidad de replantear su posición frente a la enfermedad y tratamiento, y que asuma una posición de responsabilidad, dando un lugar al deseo. Sin dejar a un lado que este tiempo de entrevistas preliminares cumple como función principal el de crear la demanda de análisis a la elaboración de un síntoma analítico y con el cual iniciar la experiencia.

Otra función de este ensayo preliminar es hacer un diagnóstico de las estructuras clínicas (psicosis, neurosis y perversión) para llegar al plano de los tipos clínicos (histeria-obsesión), para que el analista pueda establecer la estrategia de la dirección de la cura. Y como para concluir este tiempo tenemos el haber enlazado al paciente a la figura del terapeuta a la que llamamos transferencia, que marca el inicio de análisis, función que no es del analista sino del sujeto analizante y que el analista debe utilizarla.

Por lo tanto, planteo desde la orientación lacaniana una posición de escucha que permita al paciente que llegue a consulta, no solo quejarse del padecimiento de su enfermedad, sino un tiempo de enunciación de sus fantasías, y que la angustia sea enlazada al registro simbólico, que logre un efecto de alivio, un efecto terapéutico. Y considerar este tiempo como lugar de la enunciación de lo real, que se plantea el sujeto frente a la muerte, y encontrar significantes que articule al sujeto con la vida.

La medicina y las otras psicoterapéuticas, que poco pueden decir del dolor psíquico, que acompaña la elaboración del duelo, responden a la demanda del paciente y vía farmacológica callan al síntoma, tapan el dolor, callan al paciente y las palabras quedan encerradas en ese continente corporal que hablara de algún modo. A la medicina se le escapa la dimensión gozante del cuerpo. Para el psicoanálisis el cuerpo es la reserva del goce, y es este goce que ajusta al sujeto a las posiciones frente a los acontecimientos.

Lacan (1970) nos dice: “de lo que se trata es del lugar que ocupa el psicoanálisis en la medicina, y para la medicina el psicoanálisis es una forma más de asistencia psicoterapéutica”. La oferta del psicoanálisis es la escucha y las intervenciones por medio de la palabra. Continúa: “Ya sea como agente de curación, de formación o de sondeo, el psicoanálisis no tiene más que un médium: la palabra del paciente. La evidencia del hecho no excusa que se lo desatienda. Ahora bien, toda palabra llama a una respuesta”. La clínica psicoanalítica permite hacer algo con eso: con la enfermedad, con la trama que la envuelve.

Desde la clínica es analizar que significación da el sujeto al proceso de la enfermedad. Se trata de acoger la particular forma de presentación de la demanda del

sujeto. Y como el sujeto se responsabiliza de su propio acto, y de la toma de una posición frente a la enfermedad. Conducir el exceso de goce hacia el desfiladero significativo, es un modo particular de inserción del propio malestar en el mundo del lenguaje. Implicar al paciente en la causa de su sufrimiento corriéndolo del lugar de víctima es una manera de delimitar el goce.

La irrupción sobre las representaciones simbólicas, donde el recurso a la palabra es insuficiente para cubrirlo, punto refractario a ser reabsorbido en el campo simbólico. En el encuentro con el saber médico y frente al diagnóstico se tambalea la formación fantasmática que daba significación al sujeto: como un sin sentido, cuando se pierde el sentido a la vida es que aparece lo traumático; el trauma es una exclusión de sentido. Confrontar al Sujeto con lo indecible, con el sinsentido, es intentar reducirlo, aunque el hecho traumático resista como verdadero agujero en el discurso. Lo real insiste. Hacer hablar al traumatismo permite la elaboración de los acontecimientos. Respecto del desorden significativo producido por una pérdida, esta función vendría a subjetivar dicha pérdida.

Es función del analista ubicar algo de lo real en el orden de lo simbólico. Se restituirá al sujeto una trama de sentido. El psicoanálisis empuja a hablar y por efecto, causa alivio para el sujeto angustiado. La palabra mata a la cosa cargada de goce, la palabra elevada a la categoría de significativo se asocia con otro significativo en la cadena discursiva de un sujeto. Alguien puede ser afectado y aliviado por la palabra, en tanto las palabras están ligadas a afectos. La palabra como dadora de sentido permite la integración del sujeto al discurso del cuál fue separado, segregado por el impacto sufrido. El acto de la

palabra posibilita ingresar del lugar que fue excluido. La experiencia analítica permite una elaboración más viva, más deseante.

1.4. El cuerpo y enfermedad

Existe un cuerpo porque existe el lenguaje. Desde su nacimiento el hombre es psicológicamente inacabado y, al mismo tiempo desamparado ya que no puede constituirse como Sujeto sin un Otro. El cuerpo forma parte de cierta obviedad, de cierta naturalidad de las cosas en tanto integra el “el sí mismo” constituye la identidad. Forma parte de la identidad de cada uno.

Freud dice que la satisfacción primaria es mítica y, al mismo tiempo, constitutiva en la estructura del Sujeto. Se instala a través del inconsciente durante la infancia, siendo estas las represiones más tempranas y más significativas. Esta primera satisfacción deja en el sujeto una inscripción, una huella. Más tarde, la multiplicidad de huellas se ordenará y se obtendrá la satisfacción, a través de la insistencia de la repetición, en el intento de recuperar un goce perdido. El sujeto no hace más que repetir signos, sin que pueda alcanzar “la cosa”. Entre el sujeto y “la cosa” no hay encuentro posible.

Hay que distinguir entre el organismo, lo viviente, y aquello a lo que se denomina cuerpo. La idea de que lo viviente no basta para hacer un cuerpo es una constante, tanto para Freud como para Lacan. Ya el cuerpo es producto del lenguaje, y este cuerpo tiene sus significaciones particulares para cada sujeto. El cuerpo es aparato de goce y sirve para la satisfacción de las pulsiones ya que el cuerpo estará encuadrado por el significante. El

cuerpo es sensible a la incidencia de todo tipo de fenómenos: culturales, sociales y religiosos, etc., queda implicado por “el lenguaje y sus signos representativos”.

Los significantes que el sujeto le da al cuerpo sirven para diferenciar las estructuras clínicas. En la neurosis este cuerpo está siempre fragmentado, en la historia del sujeto neurótico las palabras nunca alcanzan. Habla para no decir “eso”, pero se deja oír para quien pueda escuchar. No hay homogeneidad en el cuerpo del neurótico: no da lo mismo tocar aquí que allá. Para cada punto del cuerpo, con su pulsión parcial y su zona erógena, es distinta la satisfacción.

El perverso utiliza al cuerpo para mostrar su falta, confronta al Otro con la castración y goza al provocar señales de angustia. En la psicosis el cuerpo como producto del lenguaje no existe, ya que no se constituye en la cadena significativa. La imagen del “cuerpo” está trastornada, no existe, no le pertenece es gozada por el Otro. Es un cuerpo insensible al dolor y entregado al goce del Otro.

En “La tercera”, Lacan nos ofrece la articulación del nudo borromeo, en donde el cuerpo habita el anillo de lo imaginario; la vida, el anillo de lo real y la muerte, el anillo de lo simbólico. En el centro de los tres registros: el objeto “a”. Se trata de un cuerpo en lo imaginario anudado a lo simbólico y a lo real y su funcionamiento dependerá de cómo funcione dicho anudamiento. Cuando el cuerpo es tocado y/o invadido por el significante enfermedad- muerte, desordena todo el aparato simbólico y la falta pierde su localización, el sujeto no sabe cómo nombrarse frente al diagnóstico del cáncer. Ocurre un sacudimiento fantasmático, el fantasma devela al objeto y aparece la angustia que invade al cuerpo.

El dolor, que invade al cuerpo, en su registro imaginario, en donde lo que duele es el duelo, es que en el caso de una enfermedad, surge la separación del objeto con el cuerpo-su imagen. Frente a la pérdida, el sujeto elabora una respuesta. Si no dispone de los recursos simbólicos necesarios, reacciona con lo real orgánico. Que se observa en los pacientes con cáncer en las náuseas anticipatorias.

Cada paciente tiene una forma particular de enfermar y sanar, más allá del diagnóstico de cáncer y sus tratamientos. Se trata de lo que permanece fuera de las mediciones y las estadísticas, y me refiero a la manera singular de manifestar el sufrimiento y padecerlo, a la particularidad que la da cada sujeto a su enfermedad, particularidad que tiene que ver con deseo y goce, y con su historia.

Lo que el paciente pide, más allá de la cura, es un saber acerca de su cuerpo. En ese punto, y a través de la enfermedad, demanda el paciente al médico, un saber, encuentra la respuesta médica que la captura en su saber. Respuesta en la que va a estar implicado el deseo del médico, su exclusivo interés en el funcionamiento real de los órganos y funciones. Es decir el paciente acude al médico por la pregunta de un síntoma y el médico responde al sujeto con un saber sobre el organismo pero no sobre el sujeto. El diagnóstico que se le da al paciente abarca la extensión de su dolor y sus manifestaciones, deja afuera la dimensión del sujeto y ese cuerpo, sus significaciones particulares.

Y desde la clínica psicoanalítica se le permite al paciente con cáncer, reconocer su particularidad frente a la dimensión enfermedad, como este se posiona frente a la misma y los posibles tratamientos, que el paciente comprenda esta posición desde su historia. Teniendo en cuenta que es desde la praxis psicoanalítica que se puede abordar el cuerpo y

sus distintos modos de goce, y en el caso particular del paciente con cáncer, abordar cómo esta enfermedad toca al cuerpo, que esta implicación se pueda ubicar en la palabra.

SEGUNDO CAPITULO

2.1. Psicoanálisis y Medicina

Dos discursos, dos prácticas, dos realidades: el psicoanálisis, la medicina. Tratar estos dos temas de manera conjunta supondrá suscitar los habituales problemas entre las palabras y las cosas. Es indudable el malentendido que existe, términos que se interfieren mutuamente. La medicina realiza esfuerzo para desentrañar el núcleo racional de su actividad, de su práctica y de la efectividad de esta. En cambio en el psicoanálisis, toda su teoría está dedicada al esclarecimiento de las condiciones mismas de efectividad de la práctica.

El psicoanálisis es un dispositivo creado por Freud entre 1900 y 1938, periodo que es el más productivo de su creación, totalmente inspirado en los ideales de la época, en los ideales de cientificismo (no es equivalente a ciencia, ya que el cientificismo es una disciplina que se revela contra la creencia de Dios, y que las cosas tienen un funcionamiento garantizado por la leyes de la naturaleza).

“Freud, médico, que se encontraba sumergido en el espíritu de la época, aspira a demostrar que, finalmente, todo el campo psíquico es un campo que obedece a ciertas leyes, que no son leyes físicas, ni químicas, ni biológicas, pero que obedece a sus propias leyes. Es decir, se trata de una posición totalmente contraria al azar; para Freud no existe el azar: todo tiene una causa, una causa inconsciente. Según él, esta causa inconsciente opera sobre un sujeto y le hace hacer cosas, decir cosas, pensar cosas, soñar cosas, equivocarse, toda aparente insensatez está determinada por los deseos inconscientes”. (Brodsky, 2001).

En esta época a pesar del escepticismo de Freud, la población mundial creía en la ciencia y pensaba que ella iba a trabajar para mejorar la vida del hombre, la población no se interesaba por las consecuencias de la ciencia, “época de gran ilusión, la época de Freud”. Ibídem.

Jacques Lacan ingresa al psicoanálisis después de la segunda guerra mundial, ya formado como psicoanalista, comienza a dictar sus seminarios, y es ésta, la época de los imprevistos de la ciencia, de sus consecuencias, tal el caso de la bomba de Hiroshima. Lacan se formula preguntas por la verdad y con su desprecio por la ciencia, se coloca en una posición existencialista, aunque fue una posición breve.

Lacan verifica que no son las buenas intenciones las que gobiernan la cosa, sino leyes tan poderosas como las que había formulado Freud sobre el inconsciente. Así que cada vez más Lacan se interesó por no incluir al psicoanálisis en la ciencia. Porque el psicoanálisis no es una ciencia, es una práctica para que un sujeto encuentre el sentido de su existencia, la verdad de su sufrimiento, la causa de su malestar y que sepa hacer con eso, el psicoanálisis es un método terapéutico y un método de investigación.

“Sin embargo, Lacan se interesa por “el aspecto demostrativo de la ciencia; piensa y se esfuerza en eso durante toda su vida: que el psicoanálisis puede demostrar lo que dice, que no se conforme con ser una práctica un poco iniciática (pues, si uno quiere saber que es el psicoanálisis, hay que pasar por el dispositivo analítico, y en eso una práctica de iniciación)”. (Brodsky, G, 2001).

Pero la posición de Lacan por la ciencia era totalmente distinta, al demostrar que hay saber en lo real, sino todo lo contrario que no hay saber en lo real, que no todo está escrito ni resuelto, que hay al menos un saber que la ciencia no puede resolver.

Desde Hipócrates el médico debe de tener un buen aspecto, encarnar los prestigios de su poder, a través de su actitud firme, segura y autoritaria, manifiesta sabiduría de sus preceptos y recomendaciones. Por su semblante y su actitud imperativa, el médico se convierte en objeto del deseo del enfermo, al punto de querer apropiarse de su saber, de sus poderes, hasta la identificación alienante. Fundamento que aún se mantiene dentro de los sílabos universitarios.

Bariéty introduce la historia de la medicina remontándose a la noche de los tiempos lo que llama “el instinto de cuidar”:

“La inquietud innata de aliviar y curar, o dicho de otro modo, de cuidar, traduce uno de los aspectos de conservación: el de la preservación funcional, que es tan antiguo como la enfermedad... todos los seres vivos obedecen a un impulso natural que los lleva a tratar de aliviar sus males y los de sus semejantes... instintiva en el reino animal, la medicina original se vuelve naturalmente intuitiva en la especie humana... durante milenios siguió siendo intuitiva; la mayor parte de los descubrimientos en el terreno de la medicina fueron al menos en parte fruto de un conocimiento inmediato y no razonado de la verdad. Lo siguen siendo todavía y es probable que lo sea siempre: ¿no es la intuición una de las cualidades primordiales del médico, la que distingue al buen practicante del malo, la que inspira su arte singular, que ninguna ciencia pueda reemplazar?”

Bariéty et Coury (1963). Esta cita menciona de alguna forma como se mira al médico desde una posición divina y como la medicina es fundada en el deseo de curar alienado a la intuición que se reconocía como una cualidad por excelencia del médico. Pero tanto este deseo de curar como la intuición, son parte de una ideología que se mantiene vigente pero no trasciende ya que se ha dado lugar a la tecnificación.

“Los historiadores de la medicina, como los historiadores de la ciencia, construyen la historia en función de su ideología. De manera que la fecha de nacimiento puede fijarse en los últimos años, hace unos siglos, hasta los orígenes del mundo, según lo que se quiera demostrar. No hay motivo para extrañarse. Solamente se trata de constituir un mito de los orígenes conforme con la ideología

del momento, que pueda inscribirse en los paradigmas comprensibles para la comunidad científica. Lo demás, es decir, la existencia de descubrimientos que es preciso reconocer, se atribuye a la suerte o al genio de un precursor”. (Clavreul, J, 1978).

Una cita que hace hincapié que tanto la medicina como la ciencia tienen sus orígenes al azar, y que darle lugar a un solo origen es perder de vista lo planteado o descubierto por otros exponentes, en una disputa de no querer ceder. La medicina atiende a la enfermedad no al hombre. No por eso lleva menos implícita la una cierta idea sobre el hombre, sobre su libertad, sobre su ser. De modo que podemos remontar a Hipócrates debido a la gran coherencia interna de su obra, ya que además entra en perfecta armonía con los ideales de la época en que nació, ideal sin los cuales el discurso médico no podría desarrollarse.

El psicoanálisis es admitido en la medicina como una ayuda eterna, como un método terapéutico más. Ya que la medicina en su posición científicista que quiere resolver a mas no poder las respuestas de los sujetos por las demandas que se plantean. El psicoanálisis no puede perder de vista la función considerable que tiene el médico frente a la personas, que desde el siglo XIX responde a un carácter sagrado de su función y que se ha justificado con una serie de doctrinas, que se exige a sí misma en un orden médico.

Jacques Lacan, en *Psicoanálisis y Medicina* (1966) menciona:

“La medicina ha entrado en su fase científica en la medida en que ha nacido un mundo que exige los condicionamientos necesarios en la vida de cada cual según la medida de la parte que toma la ciencia presente para todos sus efectos... las funciones del organismo humano han sido objeto siempre de una puesta a prueba según el contexto social”.

Y aquí nos encontramos que la medicina a servicio de la ciencia y a su demanda de solucionar en lo más mínimo la queja de la población. Ya que observamos el médico

mismo ha perdido su privilegio cuando es en el mundo industrial, las grandes farmacéuticas, quien le proporciona los medios de su poder de actuación.

En la misma conferencia Lacan dice:

“El médico es requerido en la función del investigador fisiológico, pero sufre otras llamadas: el mundo científico derrama entre sus manos el número infinito de lo que como agentes terapéuticos nuevos, químicos o biológicos, puede producir. Ese mundo de la ciencia los pone a disposición del público y le pide al médico, como agente responsable de la distribución y dosificación, que los ponga a prueba. ¿Dónde está el límite en el que el médico ha de actuar? ¿A qué debe responder? A algo que se llama demanda”.

Abordar el problema del lugar del psicoanálisis en la medicina requiere además, que se tengan en cuenta los cambios que la ciencia está introduciendo en la vida común y las modificaciones que se están produciendo en la función del médico y en su personaje.

El desarrollo científico hace mella en la forma en que al médico actual se le presenta la demanda. El derecho a la salud, de intención de alcance universal, viene a reunir el poder de la ciencia con la posibilidad que tiene cada uno de nosotros de acudir al médico en demanda de la dosis de bienestar que nos corresponde. “La posibilidad de supervivencia de la posición propiamente dicha reside en el registro del modo respuesta a la demanda el enfermo”. Lacan Jacques (1966).

Este pedido de ayuda de parte del paciente es equivalente a una demanda de curación solicitando la medicación y en muchos casos una cirugía. La formulación de esta demanda la resume Lacan en términos precisos: “el enfermo somete al médico a la prueba de sacarle de su condición de enfermo”

Y ello según de distintas categorías: posesionándolo como enfermo, o bien preservándolo en su enfermedad. Para el psicoanálisis la única forma de escuchar, por supuesto, es desde la estructura de la falla que existe entre la demanda y el deseo. Ya que la moderna ciencia, aplicada a la medicina, deja todavía en la oscuridad lo que en la demanda del enfermo se puede escuchar además del puro mensaje. Señala Lacan que aquí se encuentra el goce.

La ciencia ha entrado en el ser humano guiada por la división metódica de la psique y el soma. El cuerpo en su dimensión extensa es una aportación lúcida a la posibilidad de fotografiarlo, radiografiarlo, calibrarlo y condicionarlo. Pero a la vez esta manera de considerarlo lo excluye de su relación con la llamada psique. Para el psicoanálisis no existe la relación psique cuerpo, entre ellos existe un abismo. Ya el mismo Freud (1926) decía en su escrito sobre la cuestión del análisis profano que “de cualquier modo la filosofía salve el abismo entre lo corporal y lo anímico, aquel sigue existiendo para nosotros en principio y para nuestros esfuerzos prácticos”.

Ahora bien, reducir el cuerpo a su dimensión extensa es cercenar lo que es su esencia. Dice Lacan (1971): “un cuerpo es algo que está hecho para hacerse gozar, para gozar de sí mismo”. La misma ciencia que ha desarrollado infinitas posibilidades de goce ha excluido de su ámbito la reflexión acerca de ello. La voz y la mirada por ejemplo se han extendido a una escala que la podemos llamar espacial. La mirada alcanza lugares a los que nunca podremos llegar; y el espacio entero se puebla de la voz humana. Y se da el caso que esta misma ciencia ha producido tranquilizantes o alucinógenos cuyo uso pone en juego justamente esta dimensión del cuerpo gozante. El médico, en este caso, queda sometido a las exigencias de administrar productos no previstos en su formación científica. La

demanda del enfermo y el goce del cuerpo son pues referencias que comprometen al médico más allá de sus puntos de apoyo estrictamente científicos. Es ahí, dice Lacan que desde el psicoanálisis se puede aportar desde su teoría de la praxis.

El inconsciente estructurado como el lenguaje es el inconsciente descubierto por Sigmund Freud. Aunque él no lo plantea con estas palabras, las tres obras fundamentales de Freud (la interpretación de los sueños, los actos fallidos, el chiste y su intención inconsciente) tienden exactamente a esta hipótesis.

Lacan (1958) menciona:

“No hay un inconsciente porque habría un deseo inconsciente surgido de las profundidades, que sería primitivo y que tendría que elevarse al nivel superior de los conscientes. Muy al contrario, hay un deseo porque el inconsciente, estructurado como un lenguaje, se le escapa al sujeto en su estructura y en sus efectos, y porque hay siempre en el nivel del lenguaje algo que está más allá de la consciencia; y es ahí donde puede situarse la función del deseo”.

Esos excesos de lenguaje para el sujeto le delimitan un lugar distinto de él, el lugar del Otro, en el que reside el lenguaje que está excluido de su dominio. Y en ese lugar está el goce. El goce, distinto del placer, “es del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Por el contrario el placer es reducción de la tensión, desaparición de la excitación; es por tanto lo que nos mantiene a distancia del goce”. Lacan (ídem) continúa, “el deseo es el punto de compromiso, la escala de la dimensión del goce”. El deseo está más allá de lo que queremos, en la dimensión del goce.

Eso es lo que quiere o pretende el Sujeto del psicoanálisis, quiere saber que rige su goce. Es por lo tanto hacer pasar ese fantasma por el lenguaje, articulado de alguna

manera. El psicoanálisis enfrenta al sujeto con su propio deseo, haciendo surgir ese saber inconsciente que desde siempre el síntoma encierra. Y que el Sujeto se haga responsable de su goce y como hacer con él. La medicina deja a un lado a este Sujeto sin hacerlo responsable de su padecer, y que este sujeto se someta a su deseo de invasión. Le basta al médico saber hasta donde alcanza lo que puede; del resto – goce y deseo- ¿Quién puede dar cuenta? Si el paciente es creyente acudirá donde su asesor espiritual en busca de apoyo y sino en busca de ayuda psicoterapéutica.

Es así que de una intervención médica puede surgir la pregunta por un saber que la medicina no puede responder, y que por lo general se le escapa entender porque los pacientes que acuden a la consulta y se les ofrece un diagnóstico reaccionan de distintas maneras, porque dejan a un lado la historia del sujeto, que explicaría estas respuestas. Pero estas actuaciones médicas están alienadas con los niveles altos de tecnificación, y en los movimientos de globalización y derecho humanos en los que se pierde de vista la singularidad apuntando a una universalización, movimiento comandado por las farmacéuticas cayendo en la medicalización de la medicina. Donde el medico dejo a un lado la exploración de síntomas, para manejarse por medio de manuales de manejo de pacientes y por ende de las enfermedades que padecen.

Estos tiempos que van a toda prisa, donde la ciencia avanza con su verdad, donde las redes sociales son hoy las nuevas manera de inclusión, donde la autoridad está cuestionada, donde el hombre busca otras maneras de amparo, los psicoanalistas y sus practicantes se enfrentan ante nuevos desafíos para responder a nuevos trastornos y frente q lo que la época trae consigo. Pero se debe tener siempre en su horizonte la subjetividad propia de cada hombre porque es el psicoanalista el que le permitirá mantener una pregunta abierta

sobre su existencia. La ciencia, y en particular la medicina, quiere en nombre de lo que se le va a otorgar al sujeto, hombres dóciles, sin preguntas y sin cuestionamientos.

El psicoanálisis y la medicina responde a la demanda de atención de un síntoma o síntomas, la diferencia está, es que desde el psicoanálisis se busca darle lugar a la palabra, para que surja el deseo; la medicina busca la exploración a través de distintos aparatos para encontrar la enfermedad o trastorno del paciente, que frente a este objetivo y de acuerdo a escalas internacionales tiende a eliminar al Sujeto.

2.2. Discurso médico y discurso psicoanalítico

El discurso es un lazo social basado en el lenguaje. Un discurso se articula sobre una praxis. Jacques Lacan en su seminario 17 “el Reverso del Psicoanálisis” (1968) propone cuatro discursos que regulan las relaciones intersubjetivas: el discurso del amo, el discurso universitario, el discurso de la histeria y el discurso del analista.

El discurso del amo dirige el dominio; el universitario a la acumulación y control del saber; el discurso de la histeria atenta contra el poder; el discurso del analista se ofrece a la producción y el acceso a cierta verdad del deseo del sujeto, a partir de poner en acto la palabra y la escucha al discurso del analizante. Por la prioridad de esta investigación se expondrá los discursos del amo y el analista.

“Hay cuatro discursos porque esta escritura proviene de un “alfabeto” de cuatro letras (\$, S1, S2, a), que sólo pueden ocupar cuatro lugares (el agente, el otro, la verdad, la producción). De mantenerse la serie ordenada, como también la disposición de los cuatro lugares, no obtenemos más que cuatro “frases” posibles.” (Mazza, C, 2005).

agente otro
verdad // producción

Se considera a la clínica psicoanalítica que se diferencia de la clínica médica en la manera de intervenir con el “enfermo”, por ejemplo el psicoanálisis comienza cuando hay transferencia, ahí donde se detiene la clínica médica.

Sin embargo los médicos no ignoran la importancia de la adhesión del enfermo a su médico en términos de “confianza”, sea que intenten favorecerla o que la desbaraten cuando el enfermo, por miedo, desconfianza o pudor oculta ciertos síntomas o se niega al tratamiento. Pero esta comprobación tiene importancia solo como elemento contingente, para la práctica médica propiamente dicha. La evolución de la enfermedad depende de que se observen los ritos médicos, independientemente de los sentimientos que el enfermo tenga hacia su médico.

De modo que la clínica médica se otorga, y con razón, el derecho a transgredir todo lo que se refiera a las posiciones subjetivas del médico y el enfermo. El médico busca la confianza del enfermo para obtener de él el mayor número de informaciones posibles, pero la obtiene también de los familiares de enfermo, y usa autoridad para imponer todos los análisis clínicos y para clínicos que pueda, para establecer su diagnóstico.

Asimismo, decide lo que conviene hacer en función de criterios que solo él conoce, y se empeña en que sean aceptados, reservándose la libertad de minimizar los riesgos de la solución que haya adoptado, y de trazar un cuadro sombrío de lo que sucederá si no se cumplen sus indicaciones, con el fin de lograr el consentimiento.

La medicina conoce solo los sitios que ella misma ha constituido, como aquellos donde sabe que el otro irá voluntariamente a dar el traspie. Sitios constituidos por el discurso dominante.

El discurso médico pone en evidencia ciertos hechos, al admitir articularlos en la lógica que le es propia. Impone cierta mirada en el dominio por él constituido. Es una disciplina de evaluación de los hechos, e impone su disciplina a quien sigue su discurso.

“Porque lo que el médico observa es lo que puede inscribirse en cierto campo de saber, con exclusión de cualquier otra cosa; es lo que puede constituir una teoría, o al menos un diagnóstico, que tenga alguna coherencia, el resto no existe para él”. (Clavreul, J, 1978).

La conquista del médico es la observación sobre su enfermo, que es lo impuesto a través de la de sus profesores de la Universidad, y es por medio de la observación que realizaran los médicos la presentación de enfermos de acuerdo al discurso médico. Su observación habrá de recoger todo lo enunciable en términos médicos, y también, por supuesto, ha de excluir todo cuanto no sea enunciable en ese discurso. Como estaba en los orígenes del discurso médico, Hipócrates no podía dejar de cumplir el acto de fuerza, la “violación ejercida sobre las cosas” que constituye la instauración del discurso médico.

Eliminar cualquier otro discurso, incluso el del enfermo mismo, es propio del discurso médico, deja de lado la cantidad de elementos que no pertenecen a lo articulable dentro de su praxis. Todo lo que no posea explicación es desechado o simplemente manejado desde el punto medicamentoso, sin dar mayor definición sobre lo que ocurre. Este tipo de discurso lo podemos ubicar desde la posición del amo.

Jacques Lacan () refiere que el discurso de amo es el bienestar del esclavo. Un bienestar que por supuesto, desatiende el deseo del sujeto. Exige el silencio del paciente. Lo que le importa es la carne. En el saber médico encuentran expulsado del sujeto del lenguaje, el deseo como querer saber del sufrimiento (lo que no dice saber), y no querer saber nada de como goza (lo que sí sabe).

Primero mencionaremos al discurso del amo, el discurso primero, que como ya mencionamos, es donde podemos ubicar el discurso médico, porque su posición de anulación de la subjetividad del paciente ubica a éste ausente en esta “relación médico-paciente”, ya que el objetivo de este discurso es no darle lugar al deseo del Otro, es remitirse solo al deseo del médico que es unificador, y ubicar a este paciente en una clasificación y dirigirse solo por ella.

“La medicina es un discurso y por lo tanto, va a transformar en un hecho, sucesos que sin su lectura quedarían en el terreno de lo contingente. Desde allí se produce un ordenamiento, articulación, relación entre los síntomas produciendo un objeto que serán los síndromes o las enfermedades”. (Inés Sotelo, 2004).

Freud S. (1920-1921) dirá que:

“Para gobernar, hay que instalarse en el lugar en el S1, de la insignia del Ideal. Quedando el sujeto en angustia sin poder simbolizar lo que ocurre ante la evidencia de un diagnóstico, del cual muchas veces no recibe la información apropiada”.

La formulación del discurso Amo o médico se escribe así:

S1 → S2

\$ ← a

El discurso del analista es el que proporciona la inscripción del deseo. A la inversa del discurso médico el objeto “a” se coloca en relación con el Sujeto,

“El psicoanálisis es subjetivante al mostrar la función estructural del fantasma la relación entre sujeto y el objeto a... el interdicto, al desviar al Sujeto del objeto primero de su deseo, lo obliga a seguir el desvío de la búsqueda de todo objeto, que adquiere valor de objeto sustituto”. (Clavreul, J, 1978).

El discurso del analista se coloca desde el principio en la particularidad, en lo singular de cada subjetividad, en lo que tiene de inédito el discurso de cada sujeto, el deseo de cada cual. Es que para el psicoanálisis, la realización de un abordaje representa la singularidad que se le da a cada sujeto. Lacan dirá en su seminario de la “La Ética” que el discurso de analista debe encontrarse en el punto opuesto a toda voluntad de dominar aclarando que es fácil deslizarse de nuevo hacia el discurso del dominio.

La clínica psicoanalítica está fundada en la palabra, es una clínica de la escucha. Para el discurso del psicoanálisis el lenguaje es su instrumento fundamental. Mientras el discurso médico tiende a eliminar al sujeto, el psicoanálisis no se la puede pasar sin él. La fórmula del discurso analítico:

a → \$
---- ----
S2 ← S1

La demanda del paciente, que no es más que una entrada en materia que ni si quiera es necesaria y que nunca es decisiva para el establecimiento de la relación médica, ocupa un lugar preponderante en la relación analítica.

2.3 Ética médica y ética psicoanalítica

La palabra Ética proviene del griego Ethikos: que designa el carácter singular de una persona, las características que la diferencia tomando en cuenta los usos y las costumbres de las personas, y como una persona se relaciona con otros, y qué esto aporta a una singularidad en relación a los demás. Si buscamos en el diccionario el significado de ética, tiene como estudio a lo moral, y los actos humanos, que pueden ser calificados como buenos, malos, positivos, negativos, deseables o indeseables, pertinentes o impropios: juicio sobre un acto a una persona, siempre entre los extremos. Si se remota a la filosofía en Grecia, desarrollándose de una manera particular, con cada sentencia ética que uno diga, con todas las sentencias se verifica si un acto ha sido moral o inmoral.

Hablar de ética es un hecho cierto, porque, más que explicitarse una ética se practica. La ética médica es portadora de sus propios callejones sin salida.

En la historia de la medicina podemos encontrar cómo la noción de epidemia fue un tema de suma importancia ya que los médicos de la época junto con las autoridades planeaban la creación de hospitales para los leprosos, por ejemplo y había que quitar de la vista de todos, encerrándolos. Con el “loco” también se hizo lo mismo. Este proceso de exclusión o eliminación se instaura cuando no se poseen medios de curación, y se lo excluye con la finalidad de sacar todo lo que está fuera de esa norma impuesta por el discurso médico, puesto que toda enfermedad cuestiona el orden médico. Y hay que mencionarlo el suicidio estaba prohibido, porque hay que morir dentro del orden.

La ética médica separa al hombre de su enfermedad, mediante los tratamientos, los programas de prevención, y los estudios genéticos que hoy en día lo que intenta es constituir a un sujeto sano, “normal”, sin sufrimientos de todo tipo. Aun cuando el concepto de normal es vago y contiene muchos parámetros, la medicina se va a dirigir por su norma. “El bien está del lado del hombre normal y sano, es la imagen con la cual podemos y debemos identificarnos. El mal está de lado de la enfermedad, y hay que eliminarlos, por todos los medios posibles. Este es el díptico donde se inscribe fundamentalmente la ética de la que es portador el médico”.

Es difícil descifrar el concepto de normalidad (de salud), y el hecho de que los médicos sean los mentalizadores de estas concepciones es una paradoja. El estado de salud se experimenta cuando hay la enfermedad y se lo ve como un bien perdido, a partir de ello podemos decir que la salud se vive en “el silencio de los órganos”. Los médicos no distinguen en un solo concepto lo que realmente conlleva el estado normal de anormal.

En lo se refiere al individuo, la única norma admisible concierne a la aptitud para restablecer las condiciones de funcionamiento de su organismo, es decir homeostasis, regulación térmica, resistencia a las agresiones, a la enfermedades, etc. Así que el organismo es normativo. Además, es capaz de constituirse para sí mismo nuevas normas para adaptarse a nuevas condiciones de vida. Entonces el discurso médico es normativo pues anuncia cada vez con mayor precisión las normas en las que reconoce un individuo normal. La medicina es normativa porque ha contribuido a elevar el nivel de la normalidad mediante sus investigaciones, a las cuales les ha entregado su mayor interés en los últimos años, a conservar la fuerza, la juventud y postergar la edad en que se muere.

Pero debemos tener en cuenta que esta función normativa por la cual se dirige la medicina, es una obligación ya que por medio de las políticas de estado y salud se le exige al médico salvar a toda costa la vida de un sujeto. Es por esto que el derecho a disponer del propio cuerpo no es un derecho absoluto. En el caso de la Institución donde se ha realizado esta investigación, son los sujetos excedidos de lo que su cuerpo pueda soportar, se vuelven objetos de la medicina la cual quiere poner a prueba el nuevo descubrimiento que augura una sobrevivencia de no más de 6 meses sin tomar en cuenta, síntomas los cuales muchas veces tienen al sujeto enfermo “muerto en vida”. Y se los mantiene en una supervivencia dolorosa que no tiene otra justificación que el espíritu científico del médico.

Los problemas que plantea el desarrollo de la técnica médica cambian continuamente, y es en vano que los médicos pretendan dominarlos. Pero esta tecnificación de la medicina y que el cientifismo haya ganado terreno no solo involucra a la medicina, sino a la economía, a la política, al urbanismo. Y es que este imperialismo de la ciencia va de la mano con el mercado que anula el deseo del sujeto, dándole lugar al goce, a la compulsión a la repetición de actos.

Los médicos responden a códigos universales los cuales les exige no solo estar a la altura de la época sino de pertenecer y permanecer en ella, e instaura un orden de cosas que establece que hay que cumplir con las normas y principios de su discurso.

Para el psicoanálisis si hay una ética es porque **existe el objeto “a”, correlato** de falta en el sujeto. Sabemos que el lugar de la falta tiene diversas articulaciones y numerosas consecuencias en la práctica del psicoanálisis que van desde la tachadura del Sujeto, su desaparición propiamente dicha por la elisión del significante, hasta la determinación

estructural del objeto “a”, que designa menos una ausencia que una fuga a partir de lo indeclinable del *das Ding* freudiano.

Es precisamente mediante la noción de falta, que es estructurante en el sujeto y que el psicoanálisis encuentra su discusión en la ética. Ya que como conocemos los otros discursos no plantean la falta como algo posible a nivel de estructura.

Lacan (1958), en su seminario sobre “La Ética” retoma los conceptos de Freud y en su primera página nos dice:

“Bajo el termino ética del psicoanálisis se agrupa lo que nos permitirá, más que cualquier otro ámbito, poner a prueba las categorías a través de las cuales creo darles, en lo que les enseño, el instrumento más adecuado para destacar que aporta de nuevo la obra de Freud y la experiencia del psicoanálisis que de ella se desprende”.

Esta cita nos indica que bajo el término ética se lleva a cabo una relación de Lacan con Freud, y es la ética la que permite a los psicoanalistas recordar que el sujeto frente al pedido de ayuda es un sujeto en falta.

Es por esto que el psicoanálisis toma una postura de discusión con las éticas: la de Aristóteles, que es la apegada a la ética médica, y la de Kant. Lacan menciona que la ética, según Aristóteles, es una ciencia de carácter, una dinámica de los hábitos, un adiestramiento, una educación. La cual apunta a la formación de carácter. Pues como sabemos el concepto de ley era concebido con un alcance muy lejano al que tenemos hoy, ya que las leyes tenían como misión hacer conocer el bien o qué se podía hacer o esperar en tales y cuales condiciones, las leyes dicen que cosas es el bien.

Para Kant la ley es elevada a la unicidad pura y vacía. Está bien lo que dice la ley. La ley no depende del bien, carece de contenido y también de anterioridad, pues todo contenido reconduciría al bien. Esta forma pura carece entonces de objeto. No dice que cosa hay que hacer, sino que regla subjetiva hay que obedecer, sea cual sea nuestra acción. En consecuencia será ética toda acción cuya máxima puede ser pensada, sin contradicción, como universal. Ya no habrá objeto que pueda perseguir la voluntad para convertirse en buena y no hay conocimiento, pues la ley no es conocida porque no hay nada que conocer.

Si tenemos en cuenta las dos referencias por un lado una ética fuera del registro de la falta, y la otra ética una falta imposible de cumplir.

La ética del psicoanálisis eleva su proyecto, rechazando toda terapéutica y psicologización en la búsqueda de ese bien, pero al mismo tiempo el vacío del objeto no se confunde, puesto que denuncia que el deber de cumplimiento no hace más que generar formas cada vez viles. Es decir que la noción en falta debe ser tratado desde un punto ético y no psicológico.

Lacan para hablar de la ética del psicoanálisis retoma los conceptos fundamentales del malestar de la cultura, planteando así *la Felicidad*, si se habla sobre malestar es siempre lo opuesto a la felicidad, y llega a un punto final que ubica como la culpa en los sujetos.

Freud (1922) en “Malestar de la Cultura” dice que:

“Los hombres buscan la felicidad por enmendar sentimientos en general de placer, es una respuesta del sentido común toda persona buscara sentir placer, felicidad a

través del placer, desde la clínica podemos ver que no es así, sino a partir del sufrimiento se busca satisfacción. Y este punto de sufrimiento por el que se busca satisfacción se vuelve repetitivo, es lo que Lacan denomino como *goce*, que funda la singularidad del sujeto.”

El psicoanálisis se separa del programa de la cultura, de la búsqueda del bien y la felicidad, ya que más bien el psicoanálisis se acerca a los avatares y dificultades que tiene que ver con el principio de placer. Lacan presenta al psicoanálisis como el nuevo lazo social que establece el vínculo con el Otro.

Freud (1922) menciona, al psicoanálisis, como:

“Una tentativa terapéutica al servicio del programa de la cultura, implica alentar al individuo para que acepte las exigencias culturales, se puede decir que el psicoanálisis es una ética que se escribe en contra de una ética cultural, lo opuesto, el reverso del programa de la cultura. La ética psicoanalítica atiende el programa del goce.”

Por lo tanto es por el psicoanálisis que vamos a ubicar al paciente en una posición de responsabilidad de su situación actual, ya que damos lugar al deseo que como lo explica Lacan (1958) en “la Ética del Psicoanálisis”:

“El deseo no es más que la metonimia del discurso de la demanda... esa relación propiamente metonímica de un significante con el otro que llamamos el deseo, no es el nuevo objeto, ni el objeto anterior, es el cambio de objeto en sí mismo”.

Lacan nos dirá en el mismo texto:

“La ética consiste esencialmente en un juicio sobre nuestra acción, haciendo la salvedad de que solo tiene alcance en la medida en que la acción implicada en ella también entrañe o supuestamente entrañe un juicio, incluso implícito. La presencia del juicio de los dos lados es esencial en la estructura... si hay una ética en el psicoanálisis es en la medida en que de alguna manera, por mínima que sea,

el análisis aporta algo que se plantea como medida de nuestra acción o simplemente lo pretende”.

El abordaje, desde el psicoanálisis, no recae sobre una norma establecida sino que se plantea desde una exploración de no solo lo bueno sino también la *dimensión trágica* de cada paciente. “En la dimensión trágica se inscriben las acciones y se requiere que nos ubiquemos en lo tocante a los valores”. (Lacan, 1958).

Frente al diagnóstico de cáncer (relacionado con el significante muerte) ocurre en los sujetos una ruptura, una ambivalencia, una división que deja al deseo en tensión. Hay que estar prestos a escuchar más allá de lo que el paciente plantea, tener en cuenta la posición que haya tomado frente a la enfermedad y el tratamiento, porque es ahí que se pone en juego el deseo que habita al paciente. Buscamos que se interpele, que se implique y se responsabilice.

“Lo que el analista tiene para dar, contrariamente a la pareja del amor, es lo que la novia más bella del mundo no puede superar, a saber, lo que tiene. Y lo que tiene no es más que su deseo, al igual que ella analizante, haciendo la salvedad de que es un deseo advertido”. Jacques Lacan (1957).

TERCER CAPITULO

3.1. Clínica de la Urgencia

Se coincide que en la práctica hospitalaria se presenta como un ámbito de cruces de discursos, un ámbito de condensación de demandas de muy diverso tipo y origen, y, correlativamente, de prácticas muy diversas, agrupadas bajo el común denominador de lo médico. El discurso psicoanalítico se presenta como una modalidad particular de trabajo

frente a las urgencias que se presentan en la práctica a diario y que demanda respuestas rápidas. Lacan, refiriéndose a la urgencia, decía esta se manifiesta ante soportar para un sujeto al que nada divierte.

Algunos pacientes llegan a la consulta o durante el desarrollo de las entrevistas posteriores, que están atravesados por la culpa por los “pequeños crímenes”, la función del psicólogo clínico de orientación lacaniana es desplazar el sentimiento de culpa por la responsabilidad del sujeto, de aquello que parece estar condenado por la repetición eterna.

Observo por parte del paciente que experimenta este pasaje entre anormalidad y la normalidad esa manera de desborde que sacude y desacomoda al sujeto y a su relación con los otros, también produce un pasaje de la intimidad de su sufrimiento privado a lo que se hace público. Alguna vivencia de lo normal de acuerdo con lo esperable o lo no esperable, con los propios ideales, con los valores del sujeto, de la familia, y hasta el profesional. En general en la consulta el pedido es que se vuelva a la norma.

Prácticamente toda la constelación de fenómenos que aparecen en la urgencia subjetiva pueden reducirse a dos órdenes clínicos en la estructura: la certeza y la angustia. La certeza situada en su costado más enigmático como son los fenómenos de significación personal, de xenopatía en el cuerpo y en el pensamiento y la perplejidad misma, es decir fenómenos predelirantes. La angustia, como acontecimiento, como trauma y sus versiones: el pánico, el vértigo, entre otros, que presentifican la pérdida de la topografía imaginaria que organiza al sujeto.

Estos síntomas presentados en la consulta de urgencia o en la primera entrevista del proceso de interconsulta o psicoprofilaxis, que se manejan en la consulta psicológica de la Institución, suelen ser claramente identificables dentro de los cuadros descritos por la psiquiatría clásica o por el DSM.

En esta primera consulta debemos indagar en el paciente el sentimiento subjetivo de sufrimiento, y abordar cada caso animado por una “docta ignorancia”, ya que la urgencia obliga al analista a ejercitarse aún más en esa disciplina del “olvidar lo que sabe”, y la urgencia en sí supone ya una intervención analítica, es decir, implica que en el dispositivo en el cual se acoge la demanda del que sufre hay ya un practicante del psicoanálisis que apunta a situar cual es la respuesta singular de ese sujeto, mejor dicho aun, cual es el sujeto que va a producir una respuesta frente ese encuentro con la muerte.

“La urgencia sobrepasa las posibilidades y las disposiciones existentes, tensiona y hace pensar en nuevos artificios para responder a la altura actual del sufrimiento subjetivo. Sin duda, nos parece que estamos ante nueva categoría clínica, una presentación que ya no es la urgencia como fenómeno estudiado clásicamente en los manuales de psiquiatría o en los trabajos tradicionales del psicoanálisis, sino como nueva forma clínica, como nuevo síntoma, emparentado al “malvivir”, y se diferencia así de la psicopatología tradicional, que exige una respuesta de los psi”.
Belaga Guillermo (2004).

Podríamos decir que la clínica de la urgencia subjetiva es, en tanto tal, una clínica que lleva al máximo la exigencia analítica de escuchar el detalle del discurso de aquel que consulta. Ricardo Seldes (2004) define a la clínica de la urgencia como “Ruptura de la cadena significativa, ya que si el significante no se articula el sujeto no puede representarse... y cuando esto ocurre el sujeto apela a los recursos que la ausencia de lenguaje hace brotar, el acting out o el pasaje al acto”.

Estos recursos drásticos para el inmediato alivio de los efectos mortificadores del significante ligado a la muerte.

Eric Laurent (2002), menciona que “todo lo que no es programable deviene trauma, y es este tipo de diagnóstico, que causa en el sujeto una conmoción que necesita de una intervención urgente, pero podemos decir que hay una urgencia como acontecimiento, y otra como proceso.” En los casos de los sujetos que se enfrenten a un diagnóstico y tratamiento del cáncer, podemos hablar de un trauma como acontecimiento, que es la figura de la contingencia, es la figura de la irrupción de lo real sobre las representaciones simbólicas, que tenía ese sujeto hasta el momento, “algo irrumpe y es lo que se llama usualmente la angustia más generalizada, la angustia traumática. En la mayoría de las veces, el modelo de la urgencia responde a este trauma-acontecimiento”.

¿Cuáles son las condiciones para que haya esa urgencia?

“Porque evidentemente, si el sujeto “sabría hacer” ya con lo traumático como proceso, en tanto al que no cesa, si supiera hacer en lo real que irrumpe, con lo contingente, encontraría otra respuesta que no fuera el padecimiento de sus urgencias subjetivas, y por estos recursos ya no asistiría a una consulta “aguda”. Se puede afirmar que si existe la consulta de urgencia frente al acontecimiento, es porque previamente algo “resistía bien”, existía una subjetividad organizada en un imaginario firme que permitía funcionar sin sobresaltos, hacer lazo social, e incluso en lograr que se pueda no consultar, o “no tener urgencias”.

Imaginario que mediaba hasta este momento satisfactoriamente la disyunción entre el goce y el Otro...”. Las urgencias subjetivas o consultas emergentes son esos momentos de crisis en la vida de un sujeto que al no poder dar cuenta de su sufrimiento, es decir cuando el discurso no le alcanza para entender ese sufrimiento, se queda sin palabras, sin imágenes, despierta en el paciente un mutismo o la presencia de una angustia intensa.

Ante esta situación el psicólogo con orientación analítica busca que el sujeto mediante las palabras pueda hacer un lazo, que lo restituya y pueda crear una demanda de ayuda.

La urgencia no debe ser homologada a la gravedad del caso, la gravedad no nos pone en relación con la ley, con la seguridad para sí y para terceros. Cuando un sujeto está atravesado por un urgencia, su vivencia es la de “no hay tiempo”, siempre interesa preguntar bastante en la primera entrevista, detenerse en las coordenadas que lo trajeron a esa consulta.

En el trabajo de la clínica de la urgencia observamos que un paciente viene como sujeto expuesto en su singularidad, padeciendo de lo Universal (diagnóstico de cáncer-discurso medico) y quien lo recepciona apuesta al sentido, a la construcción del Otro. Así, ni bien se hace hablar, se produce una inscripción en el Otro, la calma que encontramos al poco tiempo de iniciada incluso la primera entrevista.

Es que ya el reconocimiento del otro produce un sentido. Inicialmente, por esta vertiente terapéutica se encuentra que el dar sentido, el ubicar algo del inconsciente, produce un efecto curativo. El dar sentido permite reintegrar al sujeto a sus lazos grupales, a esos lazos de los que ha sido apartado.

Pero sin dejar aún lado que se tiene que preservar la particularidad de ese encuentro, preservar el reconocimiento del está sufriendo, es que introduce un alivio porque tiene acceso al sentido, pero para eso no es necesario ni ser autoritario, ni implementar la sugestión, ni dar consejos imperativos, comunes a otras prácticas psicoterapéuticas. No se

descarta la posibilidad del sostén con medicamentos, siempre que no se esclavice al sujeto al fármaco.

El practicante del psicoanálisis no solo se va a limitar a dar sentido al sufrimiento, se entiende por esto que lo específico estaría también en contemplar la otra vertiente del trauma, la del trauma por proceso, la del trauma como real de la no relación sexual. Y en esta perspectiva, surge que lo que importa es reinventar Otro que ya no existe, como queda develado por el mismo accidente y/o catástrofe.

Pero no solo se trata de comprender el dar sentido o restituir el sentido reprimido; el acto analítico también implica apostar a una reinención de ese Otro que ha caído, que se ha perdido.

“En la consulta se comprueba que existe una tendencia natural a volver a identificarse, el sujeto quiere volverse a identificar, quiere volver a restituir la combinatoria que le funcionaba, pero evidentemente hay un antes y un después. Ya no se reconstituye ese imaginario ligado a la vida y a la biografía del individuo. Se le menciona al sujeto que “aquí comienza otra parte”, y entonces ayudarlo a que conciba otra narrativa, como indica Eric Laurent en su artículo “el revés del trauma”: hace falta “causar” al paciente para reencuentre reglas de vida con otro que ha sido perdido, para que invente un camino nuevo causado por el traumatismo”. (Belaga, G, 2004).

En estos casos el accionar del practicante del psicoanálisis se caracteriza por su prudencia, ya que si bien encontramos que hay que contemplar estas vertientes en la experiencia, también hay que saber medir hasta donde un sujeto puede soportar el trabajo en los dos polos de esta acción, hay que saber qué y cuándo decir teniendo en cuenta lo que puede soportar cada sujeto.

Miller, J.-A. Modulará la cuestión de los tiempos de los inicios en lugar de la evaluación, la evaluación que une la evaluación con el aval del paciente, en la intervención tendrá otro efecto en tanto el sujeto avala su sufrimiento:

“El desafío será en este sujeto que padece un síntoma que, se produzca algún movimiento gracias al cual deje de ser algo ajeno y extraño para pasar a ser algo propio, algo que tiene que ver con su historia y con sus actos”. (Sotelo, I, 2009).

Y en el caso de los pacientes que acuden a la Institución, SOLCA, lo que se propone es un exploración, una investigación clínica para rodear esos puntos que desabrocharon la cadena significativa y el goce pulsional y que ocasiono la “la crisis de nervios o angustia”. Esta investigación, basadas en entrevistas, es realizada en un lazo discursivo, para que el paciente con cáncer capte la causa de esa ruptura y la ponga al trabajo.

Hay que tener en cuenta que la urgencia, cita Ricardo Seldes (2004), no puede dejar de ser concebida como del orden del acto, en el sentido del acting out o del pasaje al acto; del tiempo sin tiempo, del ser entregado al abismo de su propia deyección para el cual, el dispositivo que proponemos sirve fundamentalmente de marco. Si la urgencia no se dirige a uno, se dirige a todo el mundo. Además que la urgencia en si es algo excepcional en la vida de un sujeto. Por ejemplo como el diagnóstico de cáncer.

La política del psicoanálisis es la política del deseo, y el deseo es algo extraño para el discurso del amo, tanto como lo es el goce. Los practicantes del psicoanálisis deben entender que la prioridad es siempre tener en cuenta la ética propia del psicoanálisis, ya que tiene en cuenta las consecuencias, el deseo y el goce. Y tiene en cuenta la responsabilidad del sujeto en lo que le está ocurriendo, y lo manifieste en la consulta de urgencia.

Si bien es cierto que la urgencia se ubica como algo del orden de lo contingente, se debe de ubicar la perspectiva de la oferta, que no deben ser iguales para todos. Seldes (2004) manifiesta que se debe de tomar en consideración que nos interesa saber de quién se trata, que tipo de demanda porta, cual es el lazo establecido con el síntoma y finalmente que conviene o no conviene provocar. Desde el momento que se recibe al paciente, hay que poner en funcionamiento la maquinaria que implica la escucha, una posición de poder en el que se ubica el auditor.

El psicoanálisis aplicado a la terapéutica indica la posibilidad de elegir las tácticas y estrategias que se impongan en cada caso, al entender las coordenadas del caso. Al comprender las coordenadas del caso tenemos la oportunidad de amenorar la fuerza que conlleva las intervenciones e interpretaciones desde el psicoanálisis.

El trabajo planteado para los pacientes que asisten a consulta psicológica luego de recibido el diagnóstico de cáncer, es una exploración, una investigación clínica para rodear esos puntos en los cuales se encontró una certeza, en los cuales se produjo un desabrochamiento salvaje entre la cadena significativa y el goce pulsional, investigación dirigida a que el sujeto capte la causa de esa ruptura y la ponga al trabajo. Jacques Lacan (1970) “lo importante no es tanto que el lenguaje diga o no la verdad, sino que ayude- y punto”.

En referencia Ricardo Seldes (2004) dice:

“La manera de hacerlo dependerá por supuesto de los estilos, siempre y cuando los practicantes se alejen de cualquier presunción de encarnar el lugar del Otro del saber. La aventura que es la del psicoanalista, lo que en la misma medida en que el psicoanálisis sea su puesta en cuestión”.

Las enseñanzas de Lacan (1940) en “la dirección de cura y los principios de su poder” advierten al analista que cuenta con la libertad de elegir la táctica que la coyuntura le permita: palabras, silencios, intervenciones, derivación...

“contando con menos libertad en su estrategia ligada a la transferencia y menos libertad aun en su política, la cual está ligada al fin de análisis. Es decir que la primeras intervenciones del analista, aun a cargo de dispositivos asistenciales institucionales, tiene la orientación de su política; inicio que orienta a su fin”.

El psicoanálisis aplicado a la Institución permite un tratamiento de la urgencia subjetiva, que no es sino urgencia de sujeto allí donde este se eclipsa. El inconsciente, el encuentro con el agujero de lo traumático y el advenimiento de un goce ignorado que sobre pasa la palabra, requieren de una escucha que permita acoger la singularidad, y producir esa emergencia.

Que simultáneamente surja un deseo de saber que permita las vueltas de un análisis, será por añadidura:

“El analista se ofrece para que el paciente ponga a decir su sufrimiento, para que intente ponerle sentido a eso que se presenta como sin sentido, pero no un sentido cualquiera ni un sentido común, sino un sentido particular, único propio, sentido destinado a perderse.” (Sotelo, I, 2009).

El paciente con cáncer que llega a consulta será localizado a partir de los dichos; es poner a decir lo que está padeciendo, permite de manera particular lo que acontece a su llegada y localizar su posición frente a la enfermedad permite localizar la posición del sujeto frente a lo real del diagnóstico.

“La intervención del analista apunta a provocar un punto de basta que permita la localización de un instante de ver su propio urgencia, comprender las coordenadas

en la que esta emerge en el horizonte, porque en el momento de concluir había una verdad...a medias. Lo que el psicoanálisis nos enseña es que: la verdad no es fácilmente accesible, y la verdad es inseparable de los efectos del lenguaje y esto significa incluir en ellos al inconsciente. Que no hay LA VERDAD; la verdad no puede decirse todo, siempre está dicha a medias. Hay que no pretender decir toda la verdad, rebelársela al sujeto en tinieblas, si no que algo de la verdad aparezca, algo de la verdad de ese sujeto, de su historia surja, en ese marco simbólico que se arma entre el analista y el sujeto que padece”. (Sotelo, I,2009).

3.2. Acompañamiento en el buen morir

El “acompañamiento en el buen morir” es la expresión de Jacques Lacan para indicar que a pesar que la muerte se encuentra cerca para un sujeto no puede ser abandonado sino más bien darle un lugar, ya que su deseo y goce aún continúan en juego; ya que es darle lugar a la singularidad.

Marcelo Negro (2004) comenta:

“Ser el oyente de lo que es más que un hombre: ser el acompañante desde cierta función privilegiada... si bien no es “curable” ni se puede paliar, podrá condescender a un diálogo que extraiga al sujeto de la mudez (porque, ¿de qué se habla con un moribundo?) Y aún en tamaña encrucijada pueda dar cuenta de su posición responsable. Como una versión de lo anterior, el analista podría hacerse agente de un semblante de vivo –semblante de i(a) –, estrategia imaginaria que permitirá al moribundo ser el vivo que todavía es y, por ejemplo, no ser consumido como puro objeto de otros discursos que lo circundan o habitan”.

Se trata de prestar el cuerpo propio como sostén. Y se trata de prestar la mirada, que no es la mirada del médico cuyo objeto es la enfermedad; ni es la mirada de los deudos, cruzada tal vez de dolor u horror; no es la mirada de la compasión espiritual tampoco, es la mirada de rescate de la dignidad del sujeto.

3.3. Otras ofertas terapéuticas que brinda la psicología a pacientes con cáncer

La psicoterapia es el tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas, por medio de la sugestión o persuasión o por otros procedimientos psíquicos. Existen algunas orientaciones desde la psicología que proponen conceptos y fundamentos para el trabajo con pacientes con cáncer.

A partir de 1970 se comenzó a utilizar el concepto de psico-oncología para el abordaje psicoterapéutico en pacientes con cáncer. Actualmente es una disciplina de la psicología dedicada a encontrar e investigar aspectos psicológicos relacionados al impacto del diagnóstico y tratamiento de cáncer.

Su orientación teórica se la concibe desde los conceptos y fundamentos de las técnicas cognitivo- conductuales, ya que son las que permiten adaptarse al discurso médico y en las llamadas Intervenciones Basadas en Evidencia, las cuales permiten desde su punto de vista llevar un control y seguimiento mediante un riguroso plan psicoterapéutico el cual garantiza el bienestar del paciente con cáncer.

3.3.1. Psicoterapias Breves

Este tipo de tratamiento psicológico, en principio, en tanto se opone a otros abordajes de tiempo ilimitado y en consideración del promedio del tratamiento oscila entre algunas sesiones y seis meses de tratamiento. El tiempo real de psicoterapia depende de los motivos de consulta y se establece ya en la primera sesión, una vez evaluada la conflictiva de consulta.

Se trata de una guía práctica que permite estar atentos a todos los factores que entran en juego cuando se tiene que intervenir de manera inmediata en determinados casos, como son: violencia, suicidio, homicidio, estrés postraumático. Es una intervención certera que lleva de la mano, paso a paso para lograr un tratamiento corto, en situación de urgencia y además trabajar con el paciente, con las circunstancias y con los familiares.

Las Psicoterapias Breves se enfocan en los rasgos cruciales del trastorno que se presenta. Se intenta encontrar el punto de mayor ventaja desde el cual comprender al paciente, de la manera más completa posible, desde todos los puntos de mayor ventaja y después introducir las variables que logren una adaptación más eficaz.

Esta propuesta terapéutica señala que el psicoanálisis no debe de excluir las técnicas cognitivas- conductuales y sistémicas. Es importante destacar que este tipo de psicoterapia establece la casualidad o continuidad entre el presente y el trabajo y las muchas conexiones teóricas en el presente.

Leopold Bellack (1992) nos dice:

“La psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, se enfoca y selecciona, los síntomas principales y más perturbadores y su causa, dentro de un marco de referencia más amplio, y después provee la conceptualización más certeramente orientada posible de las intervenciones psicoterapéuticas posibles necesarias”.

Además que este tipo de técnica considera a la psicoterapia como una forma de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje, porque se enfoca a lo que necesita el paciente desprenderse y reaprenderse del modo más eficaz posible. Para que la terapia resulte exitosa, es necesario definir claramente el problema que el paciente desea solucionar, es

decir se debe estructurar el problema en términos de las conductas, las interacciones, y/o la comunicación implicada en el mismo, además de cuándo ocurre, en dónde, con qué frecuencia, a quién le afecta el problema, desde cuando es problema, cómo lo vive cada miembro del sistema, etc.

A continuación la clasificación de psicoterapias breves de acuerdo a objetivos del tratamiento:

- Apoyo Emocional: Acompañamiento del paciente durante su enfermedad. No hay un proceso de terapia establecido.
- Alivio Sintomático: Tiene por objetivo disminuir la sintomatología que presenta el paciente ante un cuadro clínico. Se usa generalmente en terapias de corta duración.
- Modificación de Rasgos de Personalidad: Terapia de mediana a larga duración, en la cual se necesita un alto compromiso del paciente durante el tratamiento.
- Solución de Problemas: Terapia de apoyo. Se asesora al paciente frente a un problema y se le enseña a generar alternativas de solución para sus problemas.
- Apoyo en Trastornos Adaptativos: Se apoya al paciente durante aquellos cambios que necesitan un tiempo para procesarlos.

3.3.2. Terapia Cognitivo Conductual

Es una corriente terapéutica, que se orienta hacia el presente; en la que las exploraciones del pasado se hacen en función de elaborar la historia clínica y determinar los aprendizajes que las personas han adquirido a lo largo de su vida acerca de si mismos, el mundo, los demás y el futuro. El énfasis de la terapia es en los patrones disfuncionales

de pensamiento y conductas y que debe hacerse para cambiarlos. Dado que la terapia cognitivo conductual está centrada en los síntomas: el objetivo principal es el aumento de conductas, sentimientos, pensamientos e interacciones adaptativas y funcionales; así como la disminución de los disfuncionales y desadaptativas, a través del desarrollo de un plan de tratamiento en el que el paciente participa activamente en la resolución de sus problemas.

La escuela Cognitiva- Conductual refiere la adaptación a la enfermedad crónica y a sus tratamientos, mediante el entrenamiento cognitivo conductual. Esto significa aprendizaje en la práctica de estrategias de afrontamiento. Algunos operadores trabajan con un programa de tratamiento que combina diferentes técnicas, como relajación muscular, auto hipnosis, meditación, biofeedback, visualización de algún objeto, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva o solución de problemas. Su operatividad es dentro de un marco individual o grupal y de su eficacia podríamos decir que es por efecto de la identificación con algún objeto o sujeto. A continuación se detalla algunas de sus técnicas:

- Psicoeducación: consiste en entregar información conceptual respecto del problema o trastorno que afecta al paciente, con el fin de que éste comprenda el cuadro, identifique los posibles efectos y algunas formas de enfrentarlo.
- Relajación Muscular: consiste en entregar instrucciones específicas a los sujetos acerca de cómo tensar y relajar distintos grupos musculares con el fin de que aprendan dónde se encuentran estos músculos, discriminen entre estado de tensión y relajación y, logren un estado de relajación general.
- Técnicas de Reestructuración Cognitiva: consiste en la identificación y cambio de creencias, atribuciones, expectativas, pensamientos, etc. que fundamentan patrones afectivos y conductuales inadecuados, con el fin de modificarlos.

- **Técnicas de Resolución de Problemas:** consiste básicamente en el seguimiento de cinco pasos aplicables a distintas situaciones, que facilitan la conducta eficaz con el fin de producir consecuencias positivas, refuerzo positivo y evitar las consecuencias negativas. Los pasos a seguir son]: a) orientación general hacia el problema, b) definición y formulación del problema, c) generación de soluciones alternativas, d) toma de decisiones, e) ejecución y verificación de la solución.
- **Planificación de actividades:** consiste en la programación de actividades positivas y gratificantes para el sujeto, junto con la observación y registro de pensamientos derivados de la ejecución de las actividades planificadas, con el fin de evitar o contrarrestar el exceso de atención en sí mismo y en los problemas.
- **Ensayo Conductual:** consiste en la ejecución de comportamientos apropiados y efectivos para enfrentar situaciones problemáticas, simulando, en el sitio de la intervención, una situación real. El sujeto recibe retroalimentación y refuerzo de parte del terapeuta. Posteriormente, el sujeto generalizará el aprendizaje a situaciones reales.

3.3.3. Terapia Sistémica Familiar

Otro tipo de psicoterapia que plantea un abordaje para el paciente con cáncer es la escuela Sistémica. Plantea a la familia como un sistema dentro de una estructura: como un conjunto de personas interrelacionadas por parentesco, con normas implícitas y explícitas que rigen ese funcionamiento, que viven o no en armonía o equilibrio según sus circunstancias y su evolución familiar. La función del terapeuta en esta técnica es ayudar a que las familias, junto con el paciente, se adapten al nuevo desorden o estatus que se presenta. El síntoma es el disparador en la nueva redistribución de roles en la familia y se

trata de flexibilizar el comportamiento de sus integrantes para una mejor adaptación, si perder la identidad familiar, ante situaciones de tensión para los cambios de roles, favoreciendo el dialogo y la comunicación. En el caso de la atención de un paciente con cáncer, es la enfermedad que pasaría hacer el síntoma que moviliza al sistema familiar. Dentro de las técnicas de la aplicación de la teoría sistémica familiar tenemos las siguientes:

- **CLARIFICACIÓN:** es una técnica de intervención verbal que consiste en una pregunta que el terapeuta dirige a la familia o a algún miembro de ella, con intención de comprobar que se ha comprendido correctamente el mensaje de los participantes. La forma enunciativa propia de la clarificación consiste en una pregunta del tipo: "¿Quieres decir que...?" o "¿Lo, que tratan Vds. de decirme es que...?". El empleo de la técnica de la "clarificación" se aconseja, lógicamente, siempre que no estemos seguros de haber captado el sentido del mensaje del paciente y siempre que deseemos evitar el riesgo de formular hipótesis basadas en presuposiciones o conclusiones erróneas. En la primera entrevista suele emplearse con más frecuencia esta técnica.
- **RECAPITULACIÓN:** consiste en transmitir un resumen elaborado del contenido "cognitivo" y/o "afectivo" del mensaje de la familia o de algún miembro de ella. Los contenidos de la recapitulación pueden tener como objeto toda una entrevista, algunos momentos de ella o incluso una serie de entrevistas. Los contenidos recogidos por una recapitulación pueden sintetizar la comunicación digital y analógica de la familia y/o de algún miembro.

Una recapitulación aglutina los temas, las redundancias o las consistencias de la comunicación de la familia y, además, actúa como un "feedback" que tiende a estructurar los mensajes imprecisos o ambiguos. Así, pues, los objetivos que permite alcanzar esta técnica son: enlazar diversos elementos dispersos a lo largo de la comunicación de algún miembro de la familia; identificar un tema o estructura común a una serie de enunciados; interrumpir una divagación excesivamente larga.

Es aconsejable emplear la recapitulación, siempre que sea necesario cerrar una etapa de la entrevista o del tratamiento y siempre que deseemos comprobar, que una larga exposición del paciente ha sido comprendida correctamente; en este último caso, cumple una función muy próxima a la técnica de la "clarificación".

- **PREGUNTAS CIRCULARES:** Podemos definir la "pregunta" como una oración (estructura sintáctica) en la que el hablante (terapeuta) se dirige a uno o varios interlocutores (miembros de la familia) con el deseo de que completen una información con su respuesta. En las "PREGUNTAS CIRCULARES" se pide a cada participante en la sesión de terapia que exprese sus puntos de vista sobre las relaciones y las diferencias existentes entre otros miembros de la familia. Siguiendo a Bateson (2005) cuando expresa que:

"La información es la diferencia que produce modificaciones podemos afirmar que mediante las preguntas circulares cada integrante de la familia contribuye en un metanivel (metacomunicación) al desarrollo de una imagen de la estructura familiar y a la comprensión del carácter circular de las relaciones de la familia."

- **NARRACIÓN DE CUENTOS METAFÓRICOS:** La técnica de "narración de cuentos" cumple una doble función, tanto si el cuento es narrado entre todos los

miembros de la familia, como si es el terapeuta quien lo cuenta a la familia. En el primer caso, su función será más diagnóstica que terapéutica, y en el segundo caso, a la inversa.

- **PRESCRIPCIONES: RITUALES CURATIVOS:** La vida ritual de la familia con frecuencia refleja temas centrales de la relación. Celebraciones como las Navidades, Reyes, cumpleaños, tradiciones especiales, etc. nos adentran en un mundo repleto de metáforas, símbolos y relatos de profundo dolor y profunda alegría.

- **ALGUNAS TAREAS ORIGINALES.**

A continuación vamos a describir algunas tareas, que prescribiéndolas adecuadamente, pueden dar resultados eficaces. Estas son:

- a) Tarea de primera sesión
- b) Días impares, días pares
- c) Una sorpresa agradable
- d) Autoevaluación
- e) Un objeto en el congelador

Este tipo de técnicas y estrategias de la terapia sistémico familiar van a variar dependiendo de las necesidades de la familia.

En la actualidad existen otras técnicas psicoterapéuticas para la atención de pacientes con cáncer y son parte de los programas de formación en la especialidad o maestría de Psico- oncología, una de ellas es el Psicodrama que se basa sobre el concepto de "catarsis", que implica que se actúan experiencias nocivas y este ejercicio tiene efectos curativos. La técnica consiste en elegir un lugar o escenario para la representación, también hay un director de escena (el terapeuta), un protagonista que pone en escena lo que se le ocurre, co-actores y un público. El protagonista (paciente) tiene que intentar lograr revivir su realidad, pero al mismo tiempo experimentar y poner a prueba posibilidades nuevas de experiencia y de conducta. Se intenta, mediante la representación, que los problemas se vuelvan claros para el protagonista y para el grupo.

CUARTO CAPÍTULO

4.1. Casuística

La atención a los pacientes en el Hospital Oncológico “Julio Villacreses Colmont”, SOLCA Manabí, se lo realiza a través de los protocolos elaborados en el año 2009, con el apoyo del departamento de Gestión de Calidad y Consulta Externa. Es -luego de dado el diagnostico oncológico, como ya se lo mencionó anteriormente, que los pacientes acuden a los distintos servicios como: Cardiología, Infectologia, Trabajo Social y/o Convenios, y un paso obligado por la atención psicológica para el proceso de primera entrevista, posterior a programar, entre 2 a 4 entrevistas psicoprofilácticas dependiendo del procedimiento que se vaya realizar, quimioterapia, cirugía, radioterapia.

Una vez realizado este proceso, psicoprofiláctico, se procede a realizar el acompañamiento al paciente durante las fases de la enfermedad, dependiendo de la demanda de un proceso psicoterapéutico. Las Interconsultas son elaboradas por los médicos tratantes del hospital, cuando el paciente se encuentra internado, por los signos/síntomas que puedan presentar en las entrevistas.

En relación a los familiares de los pacientes, se trata de detectar el cuidador principal para realizar el proceso de orientación familiar, el cual tiene como objetivo el detectar algunos signos de alarma y mantenerse al tanto de la salud tanto física como mental, según el manual de procesos de Psicología; además, de brindar un apoyo si es necesario al familiar. Esta entrevista se realiza una vez iniciado el proceso de psicoprofilaxis, así como en realización de cada procedimiento terapéutico, y si el médico presenta alguna “queja” del familiar. Desde mi posición, en este lugar de entrevista se escucha al familiar sobre su malestar y posición frente a la enfermedad y tratamiento, ya que en la mayoría de estas entrevistas se observa que las mismas fantasías y miedos son percibidos desde ambos lugares, paciente- familiar. En el año 2011, se registra una atención de 280 entrevistas a familiares de los pacientes.

A continuación, se detallarán tres casos de pacientes con distintos diagnósticos de cáncer, así como estadios y tratamientos a seguir. Cabe recalcar que el caso B, fue manejado por el psicoanalista Jorge Chamorro a una paciente que comenzó su psicoanálisis alguno años antes de detectado su diagnóstico. Se realizó la lectura del libro “Un Final feliz” elaborado por la paciente de su atravesamiento del fantasma, de su experiencia con el psicoanálisis, y cómo fue posesionándose frente a su enfermedad. Los otros 2 casos, A y C, son tomados de los pacientes atendidos en la institución. Fueron manejados mediante

los procesos del Manual de Psicología, pero sin olvidar que hay que saber hacer con el discurso del Amo, no apegarse a las doctrinas y sugestión de la palabra, sino más bien darle lugar a la particularidad.

4.2. Caso A

Este caso se percibió de manera muy clara la elaboración de duelo, ya que el paciente pasó por las etapas de negación, depresión y resignificación del objeto perdido, que en el caso relatado a continuación el paciente en su discurso denota su pérdida, al ideal de vida.

Nombre: Byron

Edad: 50 años

Diagnostico oncológico: Ca. de colon infiltrante con K-ras negativo (examen que permite observar al médico si existe el riesgo progresión de enfermedad)

Motivo de consulta: llega por interconsulta al servicio de psicología, solicitada por el médico tratante (oncólogo clínico) el paciente es derivado del Seguro Social a SOLCA para que reciba tratamiento de quimioterapia, e indica en la interconsulta que se realice psicoprofilaxis.

El paciente se encuentra internado para comenzar su tratamiento de quimioterapia, acompañado de su esposa. Casado, 2 hijos (mujer de 14 años y varón de 11 años), trabaja

en la preparación y venta de comida en su casa desde hace 10 años. Antes se desempeñaba como comerciante de ropa. Se pide a la esposa que nos deje a solas con el paciente.

Al momento el paciente se encuentra algo apático; me presento y le comento que sido enviada por su médico tratante, el paciente dice, “ya sé porque la envía... cuando tuve la consulta con él y me indicó de mi cáncer me puse mal, cogí la mano de mi esposa, tenía la esperanza de que no me hicieran quimioterapia... realmente esto para mi es algo inesperado, todo ha sido rápido, me detectaron la enfermedad porque comencé con diarreas con sangre y fue cuando acudí al médico. Aunque Dra., siempre he sido cumplido he acudido al médico, no entiendo por qué ha pasado esto... traté siempre de cumplir con lo que me ordenaban y ya ve, aquí estoy en esta cama realizando quimioterapias... ha sido muy... doloroso esto es como perder algo pero no sé qué... a mi esposa la veo peor que a mí, porque ella por verse fuerte frente a mí no llora creo que se las aguanta, mis hijos preguntan todo el tiempo que pasa y yo les digo nada solo me tienen que operar pero luego llego con esta bolsita (colostomía, se la señala) y tuve que hablarles con la verdad, esto es algo que también me molestó, me deprimió, pero no lo espere. El médico en el seguro nunca me lo dijo solo tuve que aceptarlo”.

Se pregunta sobre lo que cree que perdió, y hay silencio prolongado y luego nos dice, mi vida de antes, eso perdí, estoy con vida ahora y agradezco al señor que sea así pero perdí eso mi vida la tenía en la que me sentía bien, en la que no estaba enfermo... se realiza preguntas en relación a los significados que le da a la enfermedad y al tratamiento de quimioterapia, e intervención a esa “vida perdida” y su vida de ahora. Se indica que mañana volveré para seguir hablando. En esta consulta se habla con la esposa ya que se

acerca a preguntarnos como lo vemos, pero me dirijo por preguntarle por ella y la actual situación.

Ya en la segunda sesión exclama: “dormí mejor”, le pregunté por la conciliación del sueño y nos comenta que desde que recibió la noticia no había podido dormir bien, pasaba la noche en vela pensando y pensando en esta enfermedad y lo que podía pasar... (Silencio) ¿Podía pasar? Si, realmente no me quiero morir, y pensaba que eso podía pasarme o puede pasar, decir que no me voy a morir es mentirme porque la muerte puede llegar, no avisa, por eso pensaba mucho en ella, en qué pasaría si no llegara a estar con mi familia, que sería de ellos sin mí”. Se refirió nuevamente a su “mi vida de antes la que perdí” y “la que quisiera recuperar pero ya no podré”.

En la sesiones en internación realiza en algunas ocasiones en la “pérdida de su vida de antes” se puntualiza en lo que perdió y nos comenta sobre “la tranquilidad que podía sentir... ahora es distinto todo, hay que ver que pasará, hay que estar pendiente de lo que dicen los médicos, los cuidados, hay sacrificios por parte de todos... es como que les quité algo aunque sé que me apoyan pero tengo la sensación que les debo algo... ” Que les debes? “su vida de antes, el que vayan al colegio tranquilos, la preocupación por mí”.

En la primera sesión se puntualizó sobre el proceso de tres entrevistas por cada internación del paciente, ya que se debe cumplir con los procesos Institucionales para que exista el pago además por parte del IESS, paciente se observa más activo en la internación y se recomienda continuar con las entrevistas en consulta externa a las cuales asistió y se trabajó en su elaboración de duelo por la “pérdida de esta vida anterior” también se trabajó en la simbolización, que el sujeto vaya liberando poco a poco la libido que invertía lo que

perdió, “su vida anterior”, el ideal de vida, y que desplace o resignifique su vida ahora y nuevas perspectivas, las cuales él mismo se planteó, como continuar trabajando y enseñar a sus hijos el trabajo que él elaboraba “la vida sigue”.

Cuando hubo la recaída de la enfermedad se realizó visitas a domicilio en las cuales el paciente se encontró consciente. Durante las últimas sesiones el paciente hace referencia sobre las tareas que dejó asignadas a su familia, se despidió “de alguna forma” con sus hijos, su esposa se mantenía en angustia hacia estos últimos días ya que conocía del pronóstico, se realizó tres entrevistas con la esposa a la que también se le entregó el número de celular para que llamara, al final también logró despedirse de su esposo según refirió en días posteriores.

4.3. Caso B

Nombre: Gabriela

Diagnostico oncológico: Ca. de mama con metástasis óseas

Paciente de nacionalidad argentina de profesión periodista, escritora y fotógrafa. Su libro “Un final feliz”, en el cual menciona su llegada al análisis lacaniano después de haber intentado con otros tratamientos psicológicos y psicoanalíticos. Relata cómo fue llevada su experiencia con el Psicoanalista Jorge Chamorro, y cómo él realizó un acompañamiento durante su proceso de enfermedad y recaída de la misma. Y cómo por medio del arte el sujeto analizante realiza una producción y es su forma de socializar su pulsión.

Fragmentos de su composición en el libro: “la otra vez que se modificó la frecuencia de mi análisis, fue a raíz de que se me detectara un cáncer de mama. Desde entonces y sobre todo en el primer periodo, iba cuando lo necesitaba, las veces que quisiera, incluyendo los fines de semana. De hecho, ni bien me hicieron la primer operación (una biopsia), antes de la mastectomía pero ya sabiendo que tenía cáncer, Chamorro me atendió una hora. Un sábado en su casa. Hablamos, hablamos mucho cara a cara y no pareció una sesión... no me acuerdo de todo lo que hablamos, pero fue más como charla de dos conocidos que intercambian pareceres sobre un tema que les preocupa.

Por suerte ya para entonces había empezado el fin del análisis, esto es, había salido de una posición pegoteada con lo que decía... estaba más desafectada, para nada trágica y las versiones dramáticas en general me daban gracia. Esto se podía ver bastante con relación a la enfermedad. Yo estaba angustiada y tenía miedo, pero en general, había circunscrito todo esto al tema de mi hija; fluctuaba entre angustiarme porque la dejaría sola y abandonada o martirizarme pensando que no iba a poder verla crecer. Claro, no veía la identificación ahí; pero el hecho de que la enfermedad, la muerte y la angustia que esto me causaba no se extendiera a todo hacía más posible trabajar sobre ello.

Esencialmente tenía sueños en los que veía a mi hija sola en extensos y siniestros escenarios de posguerra. Extensiones de tierra diezmada sobre la cual ella deambulaba, sola, sucia, desamparada, abandonada... ahora lo recuerdo como la peor parte de aquel momento que fue en general bastante complicado, y agradezco al análisis no estar más en ese lugar y no tener que ofrecerle más ese escenario a mi hija, como única posibilidad ante mi falta... el tiempo es infinito entre nosotras y la enfermedad no marca en sí misma nada. Nada dice nada en particular.

Desde el principio de la enfermedad yo tuve lo que todos denominaban una buena posición. Esto es sin negar el tema, no hacía del cáncer el eje de mi vida... siempre ponía en práctica mi humor negro... la posición lograda con el trabajo de análisis me permitió hacer algo con todo eso. Primero hacer algo con el cáncer: no dejarme llevar por el “se acabó todo” y seguir mi sencillo pero efectivo principio que versaba que hasta que estuviese en posición horizontal permanente y no pudiese hacer nada más, ni siquiera pensar, estaba viva.

Entonces, como viviera dependía también de mí, no solo del desarrollo de la enfermedad. Estaba en mí defender mi vida para que no todo se convirtiera en cáncer... con la enfermedad yo comprobaba y ponía en práctica una frase que había heredado de mi abuela: no hay mal que por bien no venga.

... al inicio de la enfermedad, la ausencia del seno no se constituía como algo espantoso o negativo. El cuerpo, mi cuerpo, me resultaba igualmente sensual y bello, e incluso más misterioso. Desde la mastectomía había podido producir una obra que aportaba otra mirada; una mirada personal y diversa sobre un tema demasiado catalogado, categorizado e inscripto en el terreno del horror.

De este modo, además, había podido ayudar de alguna manera a muchas mujeres con relación a su imagen. Por último la enfermedad me había permitido preguntarme, investigar y desarrollar ideas y contenidos muy interesantes, que de otra manera tal vez no me los hubiese planteado nunca por resultar innecesarios. ¿Cómo podía asegurar que el cáncer era un horror? No podía decir que era genial, pero no dudaba en darme cuenta que en todo caso podía producir genialidades”.

En su libro Gabriela describe lo que fue para ella la entrega de estas dos exposiciones de fotografías de su cuerpo, y es como nos damos cuenta que la paciente tramita a través del arte algo de ese goce que se pone en juego al momento del encuentro con la enfermedad.

Jacques A. Miller (1988) dice que “la sublimación permite que el goce haga un lazo, además considera al arte como producción y no como formación del inconsciente, por eso mismo “no es descifrable”. La sublimación en este caso la ubicamos como una salida del malestar actual que puede producir esta enfermedad. El libro “Un Final Feliz” también formó parte de esta producción.

4.4. Caso C

Nombre: Nelis

Edad: 48 años

Diagnostico Oncológico: Ca. de esófago

Motivo de consulta: médico tratante realiza interconsulta al departamento de psicología ya que familiar comenta al médico que paciente cuando llega a la Institución “ya no se puede parar, ni caminar, ni hablar”, y solicita al médico no continuar con el tratamiento de radioterapia. Médico comenta que observa a la paciente “bipolar” porque unos días la observa muy bien y otros días mal “lánguida, pálida, como desmayada”.

Al momento de acudir a la solicitud de interconsulta el médico residente nos advierte que está en “crisis”, es decir según nos refieren, paciente apenas puede respirar y hablar. Se encuentra acostada y sola. Me presento y la paciente observa por algunos segundos y dice: “me siento mal, no aguanto el cuerpo, no lo puedo mover, me duele todo, pero es solo cuando estoy aquí”.

Se le pregunta por su nombre nos responde algunos datos de afiliación. Casada, 4 hijos varones, vive con su esposo y 2 de sus 4 hijos “nunca tuve una hija mujer y como me hace falta”.

Se procede a que nos hable sobre “no aguanto el cuerpo”. Nos hace referencia, en lo poco que se le puede escuchar ya que mantiene un timbre de voz bajo, que es una sensación rara, como algo que le invade sin poder precisar qué es. Se le pregunta por el comienzo de estos síntomas y nos refiere “fue desde que inicio el tratamiento aquí en SOLCA”, se le pregunta si antes había presentado síntomas similares y nos dice que no. Nos comenta sobre su religiosidad y “entrega a Dios”. Refiere cómo fue diagnosticada, su enfermedad incluso “culpa” a los primeros médicos que la atendieron ya que ella apenas sintió algo en el pecho acudió para ser atendida. Nos comenta que ella ha sido precavida con respecto a los síntomas o enfermedades que ha presentado ya que acude inmediatamente al médico, “he sido cuidadosa en lo que respecta a mi salud”.

Nos solicita que acudamos mañana ya que realmente quiere hablar pero que ahora se siente muy cansada. En la segunda entrevista la paciente nos comenta que cuando acudió a los primeros médicos, ellos le decían que su problema era psiquiátrico, que no tenía nada. Y nos dice “entonces ¿por qué no me enviaron al psiquiatra? No fue así, me tenían

haciendo más exámenes y nada... algo no estaba bien en mi cuerpo y lo sabía... y aquí estoy enferma, sin poder moverme, comiendo por una sonda si probar bocado por la boca”.

Se observa a la paciente más activa que el día de ayer, continúa en su cama pero al parecer el que el médico tratante le haya dicho que no va a seguir por ahora con las radioterapias “me tiene tranquila”. Se le pregunta que significó para ella esta enfermedad nos dice “lo peor, nunca me lo esperé, cuando me dijeron mi diagnóstico lloré mucho, solo pasaba llorando y pensaba que cuando sentí malestar acudí a los médicos... nunca dieron con mi diagnóstico es probable que no estuviera tan mal como ahora”. Paciente se conmueve, se la deja por algunos segundos.

Se le pregunta por el tratamiento “eso fue peor, yo no quería estos tratamientos, yo quería que me operaran ya, es más sigo esperando que me operen pero sino me hago esto (quimioterapias y radioterapias) no tendré opción a la cirugía”. Se habla con médico tratante el cual nos dice que para él “son exagerados los síntomas que siente la paciente” por la comparación que realiza con otros pacientes con el mismo diagnóstico y estadio.

Nos comenta la paciente nuevamente sobre “algo que la invade” se pregunta “por qué será que siento esto” se le pregunta si la había sentido antes y nos dice “por mis hijos cuando no aparecen, o se van a tomar, a mí me da de todo, la presión que se me baja, vomito, siento que me desmayo... pero esta me invade más”.

Durante la entrevista a medida que va hablando, se va integrando, hay movimientos de brazos y piernas, el timbre de voz aumenta. Se concluye con las citas de interconsultas

en Hospitalización, y se le ofrece el servicio de psicología en consulta externa. El familiar, hermana menor de la paciente, nos comenta sobre que ha mejorado pero que no puede determinar si es porque ha hablado conmigo o porque le suspendieron las radioterapias, nos hace referencia que la paciente siempre ha sido así “nerviosa por todo” que sí le ha ocurrido antes otras “crisis parecidas” pero ahora es “peor”.

El médico tratante pregunta si cree necesario mandar a la paciente a psiquiatría, le dije que por ahora no, que deseo trabajar con la paciente por medio de la palabra a ver si la movilizamos de esa posición.

Paciente acude la siguiente semana a la consulta externa en silla de ruedas, nos relata cómo se ha venido sintiendo “mejor... pero entro a SOLCA y no sé qué me pasa es algo automático”. Nos vuelve a referir sobre “lo doloroso” de enterarse de tener esta enfermedad, y sobre por qué el médico no la opera de forma inmediata “si estoy tan mal”. De igual manera como en las últimas entrevistas en hospitalización a medida que paciente iba hablando iba reintegrándose.

Hasta al momento la paciente lleva 8 entrevistas, contabilizando las tres primeras, en la penúltima entrevista la paciente llega caminando por sus medios sin ayuda, aunque se presentó angustiada ya que retomaba las radioterapias. Se puntualizó en la decisión que había tomado sobre realizarse el tratamiento. La Paciente continúa con síntomas relacionados al cuerpo, porque tiene aún los dolores y ahogos, y que siente que se le “duerme el cuerpo”, sin precisar (situaciones) que provoca dichos síntomas.

No puedo precisar aun de qué tipo de estructura tiene la paciente ya que mantiene la mirada, durante la entrevista ocurre momentos que evade la mía pero no parece una mirada perdida. Algo de lo real de la enfermedad se pone en juego en esta paciente, y es por su cuerpo, instrumento de goce, que manifiesta su angustia frente a lo real de la enfermedad. Entonces el cuerpo actúa en cortocircuito soportando el síntoma del dolor que no ha sido tramitado por la vía de los afectos, de la angustia o del sufrimiento humano.

“...nos encontramos con sujetos embrollados por el cuerpo, y a tal punto que el tema se plantea a menudo tratando de saber si el sujeto es analizable, porque, para analizarse, no hay que estar exageradamente embrollados por el cuerpo. Es necesario al menos que el sujeto pueda desembrollarse, y eso se logra con la simbolización.” (Miller, J- A, 2002).

Poner énfasis en la dimensión real del síntoma requiere tomar la vía del cuerpo del ser hablante, lo que indica de entrada, que el lenguaje ha operado en la diferenciación ser y tener. Es ese cuerpo que se tiene y no se es el que padece el síntoma.

El psicoanálisis permite a la paciente ubicar por medio del lenguaje que puede canalizar el sufrimiento en el cuerpo; y poner en juego algo del deseo, cuando nos dice en la última entrevista que hemos tenido “no me quiero morir, quiero vivir, quiero aun cuidar de mis hijos”. Y se observa en efecto a través del cuerpo que empieza a moverse.

CONCLUSIONES

- El psicoanálisis en las Instituciones hospitalarias trata de saber hacer, y que se conozca por qué se inscribe una práctica en el hospital, y de qué manera uno se encuentre ahí concernido.
- La clínica psicoanalítica no apunta a perturbar y mucho menos a borrar este “dolor” que invade al sujeto cuando es diagnosticado con cáncer, más bien postula al duelo como “resorte fundamental de la constitución del deseo”, un duelo es ese momento singular para cada sujeto en que se inscribe un trazo nuevo.
- El psicoanálisis y la medicina responden a la demanda de atención de un síntoma o síntomas, la diferencia está, en que desde el psicoanálisis se busca darle lugar a la palabra, para que surja el deseo y así el paciente se responsabilice de su enfermedad y tratamiento.
- La ética psicoanalítica va dirigida hacia respetar el deseo del sujeto que consulta, la ética médica responden a códigos universales los cuales les exige no solo estar a la altura de la época sino de pertenecer y permanecer en ella. El deseo del paciente queda a un lado.
- La urgencia subjetiva es un momento en el que el sujeto no puede dar cuenta a través de su aparato simbólico de su sufrimiento, y la clínica psicoanalítica a través de la llamada clínica de la urgencia permite al sujeto darle un sentido a ese sufrimiento pero no cualquier sentido sino un sentido muy particular, ya que cada sujeto va a significar esta enfermedad y tratamiento desde los recursos psíquicos que posee, así dar cuenta desde su estructura.

- Existen otras terapéuticas que brindan a través de sus postulados teóricos atención psicoterapéutica en la cual el sujeto se puede posesionar frente a su enfermedad y tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brousse, Ma. H. (2001). El cuerpo en Psicoanálisis, (1era edición), España: Imprime SAOR, nuevo centro de estudios de psicoanálisis. Págs. 12, 34
- Allouch, J. (2005). Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca. (1era ed.), México: ediciones Edelp. Págs. 67-68
- Miller, J.-A. (2001) Introducción al método psicoanalítico, (1era ed.), Argentina: Editorial Paidós. Págs. 29
- Freud, S. (1917) Duelo y Melancolía, en Obras Completas Traducción por Luis López Ballesteros. Págs. 220- 225.
- Lacan, J. Función y campo de la palabra, Escritos 1. (1era edición en español 1971) Argentina Siglo Veintiuno editores. Págs. 266- 269-279.
- Lacan, J. (1958) Seminario, libro 6, el Deseo y su Interpretación, Edición inédita. Págs. 45- 48.
- Lacan, J. La dirección de la cura y los principios de su poder en Escritos 2, (1era edición en español 1971) Argentina Siglo Veintiuno editores. Págs. 700
- Miller. J- A. (2002) Biología lacaniana y acontecimiento del cuerpo. (1era edición). Argentina: Colección Diva. Págs. 39, 88, 96.
- Brodsky, G. (2001) el acto psicoanalítico (1era edición) Colombia: Editor Nueva Escuela Lacaniana sede Bogotá. Págs. 12- 38
- Leguil, F. (2001) Política del psicoanálisis y psicoanálisis de la política (1era edición) Colombia: Editorial Universidad de Antioquia. Págs. 88, 112.
- Gómez, M. (1998) Estudios Psicoanalíticos, 4 Trauma y Discurso (1era edición) España: Publicación de EOLIA. Págs. 30- 31.

- Lacan, J. (1975) La tercera. Texto extraído de "Actas de la Escuela Freudiana de París", varios autores, editorial Petrel, Barcelona, España, 1980. Edición original: Boletín interno 'Letras de la EFP' Nro. 16, París. págs. 159-186.

Bibliografía:

- Belaga, G. (2004) la urgencia generalizada, la practica en el hospital. (1era ed.), Argentina: Grama ediciones.
- Clavreul, J. (1978) El Orden Medico. (1era edición). Francia: Editions Seuil. Edición en español (1983), España: Impreso EMEGE.
- Tarrab, M. (2008) la fuga del sentido y la práctica analítica. (1era ed.), Argentina: Grama ediciones.
- Freud, S. (1912) Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. Argentina: AMORRORTU EDITORES.
- Freud, S. (1913) Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I). Argentina: AMORRORTU EDITORES
- Freud, S. (1921) Psicología de las masas y análisis del yo. Obras Completas Traducción por Luis López Ballesteros.
- Lacan, J. (1959- 1960) Seminario, Libro 7, La ética del psicoanálisis, (1era. Edición 2009 11va reimpresión) Argentina: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1969- 1970) Seminario, libro 17, el reverso del psicoanálisis, Argentina: Editorial Paidós 1998.
- Lacan, J. (1950) Psicoanálisis y Medicina en Intervenciones y textos. (25ta. ed. 2008) España: Edición Manantial.

- Dreizzem, A. (2003), El duelo: el dolor y el desafío, (1era ed.) Argentina: Gramma Ediciones.
- Liffschitz, G. (2009) Un final feliz (1era edición) Argentina: Eterna Cadencia Editora.
- Laurent, E. (2000) Psicoanálisis y Salud mental (1era edición) Argentina: editora tres haches.
- Sotelo, I. (2009) Perspectivas de la clínica de la urgencia. (1era edición) Argentina: Gramma Ediciones.
- Galende, E. (1990) Psicoanálisis y Salud Mental. (1era edición) Argentina: editorial Paidós.
- Bellack, L. (1992) Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (2da. Edición). México: Editorial El Manual Moderno.
- Fernández- Montalvo, J. (1997) Técnicas de psicoterapia Cognitivo- Conductual. (3era edición). España: Editorial siglo 21.
- Andolfi, M. (2001) Terapia Familiar, (2da. edición). España: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (2010 mayo) PSICOANÁLISIS Y MEDICINA, Trad. al castellano de Juan Bauzá y M^a José Muñoz.
217.126.81.33/psico/sesion/ficheros.../descargaficheros.php?...37
- Baudini, S. (2003 julio) Acción Lacaniana. Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana. Recuperado <http://www.eol.org.ar/virtualia/>
- Lacan, J. (2007 enero) Proposición del 9 de octubre de 1967. Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana. Recuperado http://www.eol.org.ar/default.asp?elpase/articulos/arts/lacan_proposicion.html.
- Lacan, J. (2010 mayo) Acto de Fundación 21 de junio de 1964. Revista digital de Escuela de Orientación Lacaniana. Recuperado

http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=la_escuela&SubSec=estatutos&File=estatutos/jacques_lacan.html

- Laurent, E. () El revés del trauma. Revista digital de Escuela de Orientación Lacaniana. Recuperado <http://virtualia.eol.org.ar/006/default.asp?notas/el Laurent-01.html>
- Torres, M. (2006 febrero) Todos contra la pared en la civilización del trauma. Revista digital de Escuela de Orientación Lacaniana. Recuperado <http://virtualia.eol.org.ar/014/pdf/virtualia14.pdf>
- Herrera, R. (mayo del 2012) Psicoanálisis y Medicina: El orden Médico. Recuperado <http://www.cartapsi.org/spip.php?article96>.
- Manitta, G. (mayo 2012) El malestar en la relación médico- paciente. Recuperado http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2005000100009&script=sci_arttext.
- Delbino, D. (2010 diciembre) “La clínica de psicoanalítica en la urgencia”. http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/rev%20SP_EE%2010.pdf
- Belger, D. (2011 septiembre) Actualidad del Lazo: Trauma, Historia y Subjetividad. <http://virtualia.eol.org.ar/021/template.asp?Actualidad-del-lazo/Trauma-historia-y-subjetividad.html>
- Gómez, C. (2011 septiembre) “Esquema ampliado de propuesta de trabajo del proyecto “Estudios institucionales: caracterización, perspectivas y problemas”. <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=lxYI9eXXqow%3D&tabid=381>
- Lazpiur, L. (2012 junio) “LA CUESTIÓN DE LA SUBJETIVIDAD Y LA ENFERMEDAD”. <http://psicoanalisisymedicina.blogspot.com/2009/07/la-cuestion-de-la-subjetividad-y-la.html>

- Cazenave, L. (2010 septiembre) “el duelo en época del empuje a la felicidad”.
<http://virtualia.eol.org.ar/021/template.asp?Actualidad-del-lazo/El-duelo-en-la-epoca-del-empuje-a-la-felicidad.html>
- Manzetti, R. (2010 septiembre) “ACCION LACANIANA: política del psicoanálisis”.
<http://virtualia.eol.org.ar/021/template.asp?Accion-lacanian/Politica-del-psicoanalisis.html>
- Millas, D. (2002 agosto) “PSICOANALISIS APLICADO EN LAS INSTITUCIONES ASISTENCIALES”.
www.eol.org.ar/jornadas/jornadas_eol/011/textos/millas.doc
- Amado, S. (2011 mayo) “La ética del psicoanálisis”.
<http://virtualia.eol.org.ar/022/Lecturas/pdf/La-Etica-del-Psicoanalisis.pdf>
- Rubistein, A. (2005) “Algunas consideraciones sobre la terminación de los tratamientos con orientación psicoanalítica en las instituciones públicas”.
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/114_adultos1/material/archivos/algunas_consideraciones_sobre_la_terminacion_de_los_tratamiento.pdf
- Docencia UCV (2012 marzo) Las funciones de las Entrevistas preliminares
<http://psixcologia.blogdiario.com/1281107439/>
- [http://es.scribd.com/doc/43556939/Entrevistas-preliminares.](http://es.scribd.com/doc/43556939/Entrevistas-preliminares)