



**“Un problema de diagnóstico”,
Relación entre los trastornos mentales y
conductuales producidos por lesiones
neurológicas y los síntomas psicológicos de la
estructura psíquica.**

María Gracia Ollague

**Universidad Católica Santiago
De Guayaquil**

**Facultad de filosofía,
Psicología Clínica**

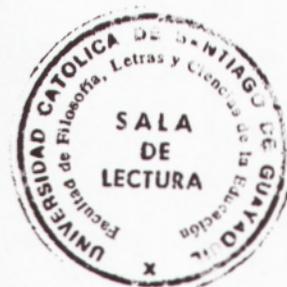
*<Trastornos mentales>
<Neurología>
<Psicoanálisis>*

2009-2010

616.89
O49p

1102-8

ÍNDICE



CAPITULO I:

Efectos psicológicos de una lesión cerebral, según el área afectada

1.1 El cerebro sus lóbulos y sus funciones	3
1.2 Síndrome frontal.....	5
1.3 Síndrome parietal.....	7
1.4 Síndrome temporal.....	8
1.5 Síndrome occipital.....	10

CAPITULO II:

Relación y diferencia entre los síntomas psicológicos y neurológicos.

2.1 Diferenciar las alucinaciones como fenómenos elementales de los efectos producidos por la lesión neurológica.....	12
---	----

2.2 Ubicar en la trama de la historia del sujeto, la presencia de rasgos de conducta y síntomas propios de cada estructura.....19

2.3 Cambios del humor; producidos como efectos de la lesión neurológica de lo que podría ser cambios de humor por cuadros depresivos, por la presencia de angustia o por la presencia de fenómenos psicóticos.23

CAPITULO III:

El psicólogo clínico dentro de la Institución Hospitalaria.

3.1 El psicólogo clínico en el equipo multidisciplinario.....26

3.2 Intervenciones del terapeuta.....29

3.3 Conclusiones31

ANEXOS.....34

BIBLIOGRAFIA.....41

INTRODUCCIÓN

El trabajo realizado en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, IESS, dentro del departamento de neurocirugía y neurología. Las prácticas fueron realizadas desde el mes de mayo del 2009 hasta el 22 de enero del 2010. Los días de asistencia al hospital eran los martes, jueves y viernes, mientras los lunes y los martes nos presentábamos en reuniones en la universidad para exponer y teorizar los casos. Horarios dentro del hospital eran de 8 a 12 y en la universidad de 8 a 11.

Se atendieron aproximadamente 111 pacientes, con un total de 264 sesiones. En el área de neurocirugía los pacientes eran en su mayoría adultos, de 30 años en adelante. Los motivos de ingreso dentro de esta área son por aneurismas, tumores cerebrales, hemorragias, contusiones. En Neurología la edad promedio de los pacientes es mayor, 50 años. Los motivos de ingresos son infartos cerebrales, tumores, aneurismas. Muchos de estos casos son luego derivados al departamento de Neurocirugía ya que necesitan ser intervenidos quirúrgicamente.

Lo llevado a cabo dentro del departamento de Neurocirugía era el trabajo con los pacientes que están hospitalizados, los que están próximos a ser operados se trabaja antes de la operación, con sus miedos y fantasías de enfermedad. También trabajamos con las secuelas de las operaciones, o de la enfermedad misma. En la mayoría de los casos hemiparesias y hemiplejias. Durante este proceso suelen salir preocupaciones personales que no todas se relacionan con la enfermedad. También hay sesiones con familiares con las que nos ayudamos a obtener información del paciente.

Muchos de los familiares pasan a ser pacientes, se trata mucho el tema de la muerte con ellos, por la cercanía que tienen estos pacientes con el cáncer cerebral.

En el área de neurología la problemática giraba en torno a la enfermedad o muchas veces ésta –la enfermedad- era el detonante de otras preocupaciones como problemas familiares y laborales. El B-20 forma parte de esta área, se parece mucho a cuidados intensivos, aquí van los pacientes que están graves y tienen problemas neurológicos. Aquí se realiza terapia de apoyo, es un trabajo yoico en el que no se busca un cambio subjetivo, muchas veces manifiesto a los pacientes que se encuentran en esta área y que no pueden hablar, la presencia de sus familiares lo que los ayuda a tranquilizarse un poco. En este momento son las entrevistas con los familiares ya que pueden proporcionar información de las posibles preocupaciones que pueden tener los pacientes.

En el área de neurocirugía todos los viernes a las 8 de la mañana se hace la visita conjunta a todos los pacientes a las 8 de la mañana, en la que se pregunta a todos los pacientes como se sienten y se habla de su evolución, luego se pasa por B-20, luego por

terapia intensiva y post operatorio. Dentro de las oficinas de neurocirugía se hace la reunión de staff en la que se discuten casos y luego entran ciertos pacientes que requieren procedimientos o van a ser internados. En neurología esto se realiza a los jueves de 9 y 45 de la mañana a las 11.

Se realizo un trabajo de grupo, de tres sesiones, cada una aproximadamente de una hora. En el que se invito a familiares y a pacientes para obtener mejores resultados. Fue realizado en un cuarto de 4 pacientes, logrando así su presencia y activa participación y los familiares sentados en sillas proporcionadas por las licenciadas. Se realizó las invitaciones al grupo, pasando por los cuartos e informándoles del trabajo que se iba a realizar. Durante las tres sesiones tuvimos un aproximado de 14 integrantes. El tema del grupo fue "mito y fantasías de pacientes próximos a una intervención quirúrgica" ya que durante mi estancia dentro del hospital me llamó mucho la atención un hecho. Cuando luego de la operación un paciente muestra cambios conductuales o disminución de la movilidad de alguna extremidad, perdida del habla, o cualquiera que sea la secuela ya del tumor o de la manipulación de la propia intervención hace que el paciente que se encuentra en la cama de al lado y que será operado tenga una identificación de espejo en que cree que por tener ambos un tumor en el cerebro van a quedar igual que el paciente de la cama de al lado. Frente a esto se propuso poner cortinas para que los pacientes no vean lo que pasa con el paciente de al lado. Ya que esto los angustia mas y muchas veces hasta los deprime.

En estos casos es muy importante trabajar con las fantasías de los pacientes, hacer que hablen de ellas para acortar lo imaginario. Ya que es a través de ellas que los pacientes pueden lograr una respuesta a lo que no entienden, a algo que es demasiado impactante.

Para realizar este grupo repartimos trípticos al momento de iniciar el grupo y se puso carteles en los pasillos indicando la hora del grupo, a quien iba dirigido, donde se lo iba a realizar y el tema. La coordinadora fue María Gracia Ollague y la cooterapeuta fue Maribel Velásquez.

Las ideas invalidantes que se van formando en los pacientes que se encuentran frente a una intervención quirúrgica son:

- ✓ Voy a quedar como bobo
- ✓ No voy a quedar bien
- ✓ No voy a ser el mismo
- ✓ Quedare mas débil
- ✓ Voy a ser una carga
- ✓ Me puedo morir en la operación.

El trabajo dentro del hospital ofrece a los estudiantes de psicología la experiencia de trabajar con problemáticas muy variadas. Durante el transcurso de las prácticas se puede

notar que frente a una enfermedad saltan muchos miedos, en algunos casos relacionados con la misma enfermedad y en otros casos no. En el área de neurocirugía la problemática más común está relacionada con las fantasías de enfermedad. Los pacientes al momento de tener que enfrentarse a la noticia de que van a ser operados, y del cerebro (parte que gobierna su cuerpo) empiezan a presentar ideas de que van a quedar tontos, cojos o tuertos.

Gracias a esta práctica se puede entender como frente a una situación que produce angustia el paciente busca sus formas de respuesta, siendo estas muy variadas dependiendo de cada caso. Se puede ver como pacientes se aferran a Dios, otros crean sus fantasías, otros niegan su enfermedad al punto de olvidarla totalmente. Y nosotros debemos entender que en cada caso varía; la dirección de la cura, la forma de intervenir, el momento de intervenir, la forma como llevaremos nuestro trabajo.

Con esta práctica se aprende a diferenciar de qué forma debemos de trabajar, si se debe realizar terapia de apoyo, de emergencia, de urgencia, o con orientación analítica. Practicando a lo largo de este año todas ellas.

Se empieza a trabajar en equipo y se ven las dificultades que presenta el psicólogo clínico al momento de entrar en una institución y darse su lugar.

Trabajando en el hospital con pacientes que presentaron lesión cerebral, tuvimos casos en los que surgieron muchas interrogantes. Casos en los que por lesión cerebral o por inflamación del cerebro se produjeron alucinaciones, delirios, episodios de agresividad, es decir, varios trastornos conductuales y mentales que podrían ser confundidos con síntomas

psicológicos. Aquí nació la pregunta ¿Cómo trabajar, desde el lugar del psicólogo clínico, con un paciente que muestra alucinaciones o agresividad por lesión cerebral?, ¿Cómo ayudar, como sostener psicológicamente a un paciente que muestra esta sintomatología puramente médica?

Con esta tesis queremos llegar a diferenciar las alucinaciones y delirio psicótico de las alucinaciones y delirio por lesión cerebral. Buscar formas de trabajar en estos casos.

Se investigara en libros de medicina y libros de psicológica, se encontrara las semejanzas y diferencias en los temas de interés. Hablaremos sobre los lóbulos cerebrales, la función de cada uno y la sintomatología que presenta su lesión. Se hablará sobre las estructuras psíquicas, para diferenciarlas dentro de los cuadros antes mencionados.

Se utilizará los casos vistos en el hospital como sustentación de la teoría que estamos aquí presentando y la forma como se trabajó con estos.

CAPÍTULO I

Trastornos mentales y conductuales producto de una Lesión cerebral, según el área afectada

¿Qué es un diagnóstico? De una forma sencilla, el diagnóstico es una conclusión. Una conclusión a la que se puede llegar por distintos caminos. Nosotros dentro de nuestro trabajo (Psicólogo Clínico con orientación psicoanalítica), vamos a hacer un diagnóstico estructural. Ya que haciendo un diagnóstico de estructura no coagulamos en una objetivación al ser del sujeto, ni tratamos de cerrarle su destino.

Diferenciar la estructura en juego es sumamente necesario para que el terapeuta tome su lugar en ella, con el fin de poder sostener la dialéctica de transferencia. Solo tomando un lugar en el dialecto del sujeto, el terapeuta podrá conducir con coherencia una cura que no tiene ni las mismas posibilidades según el cuadro clínico del que se trate, ni tiene los mismos fines según se trate de neurosis y psicosis. Hay que tener mucho cuidado con ubicarse como un Otro del psicótico por haberlo confundido con una neurosis simplemente porque no se ha desencadenado todavía.

La diferencia entre el diagnóstico psiquiátrico y el psicoanalítico es que para el psicoanálisis el síntoma no es concluyente, este es concluyente cuando es solidario con la estructura. Se considera al síntoma como un mensaje, sobre el cual va a operar el terapeuta. En psicoanálisis se coloca al diagnóstico del lado del sujeto, no es diagnóstico basado en la objetividad como lo es en la psiquiatría, sino fundado a nivel del sujeto. Mientras que la psiquiatría una vez que ha tomado cuenta del síntoma o de los síntomas establece un diagnóstico y el tratamiento a seguir es hacerlo callar.

El diagnóstico en psicoanálisis no se limita a poner un nombre ni una etiqueta. El diagnóstico del sujeto, producido en transferencia, da cuenta de la posición del sujeto en la estructura. Se aleja de toda perspectiva que pudiera reducir al sujeto en un objeto de estudio. Este permite distinguir formas de funcionamiento y organización subjetiva. Hay que tener en cuenta y no quedarnos sólo en el estudio, o investigación de la estructura, sino avanzar con los significantes particulares que se inscriben en la historia del sujeto, sus marcas y sus fantasmas. La singularidad del caso es siempre más rica y más compleja que la estructura que la ordena. Es importante que el saber del analista no haga obstáculo a la producción significativa del analizante y a la posibilidad del analista de escuchar lo que allí se dice. Si el analista identifica rápidamente al paciente con lo que ya sabe, corre el riesgo de comprender demasiado rápido, de escuchar lo que ya cree saber, de cerrar la posibilidad de escuchar algo nuevo. El diagnóstico puede obturar la escucha analítica, pero desconocerlo puede llevar al analista a perder su orientación en la cura.

Cuando hablamos de síndromes cerebrales nos referimos al conjunto de síntomas que caracterizan una enfermedad, es un cuadro clínico que presenta cierto significado. Cuando hablamos de síndromes neurológicos, el médico dispone de un arsenal semiológico clínico muy vasto, sensible y aceptablemente específico, si se lo compara con los signos y síntomas de otros órganos.

1.1 El cerebro, sus lóbulos y sus funciones.

El cerebro es un órgano del sistema nervioso, que constituye la parte más grande del encéfalo. Se divide en dos hemisferios o mitades, llamadas hemisferios cerebrales. Las áreas dentro del cerebro controlan las funciones musculares, el habla, el pensamiento, las emociones, la lectura, la redacción y el aprendizaje.

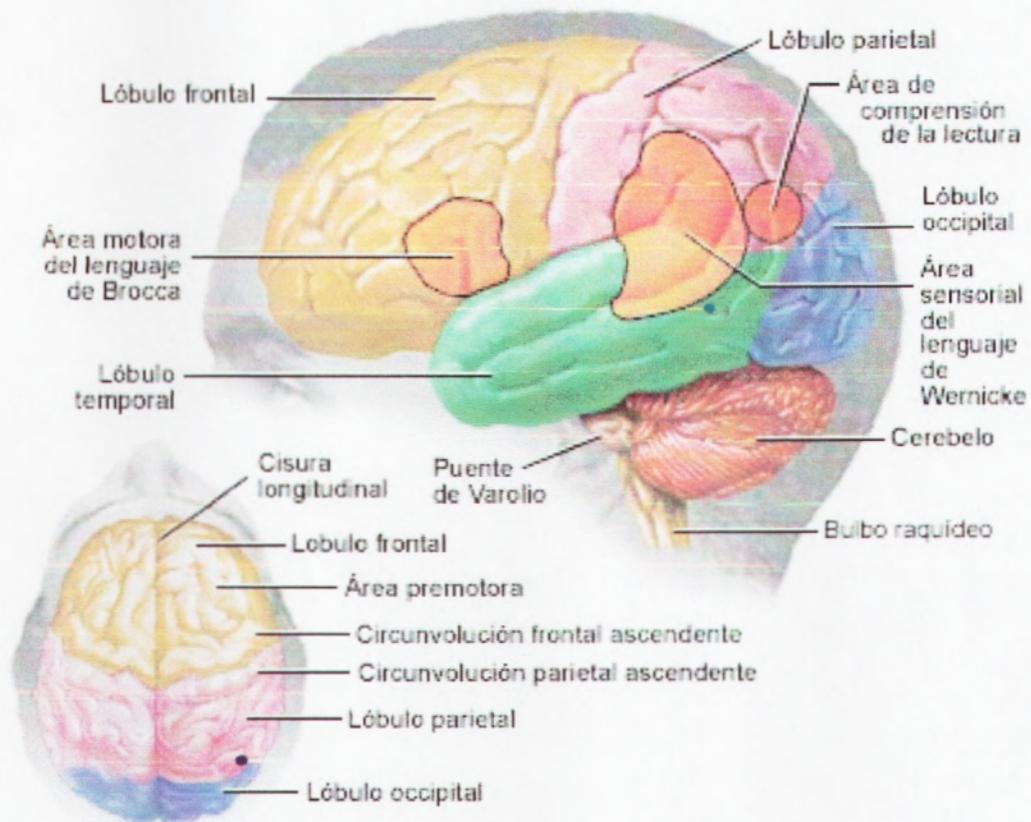
En cada hemisferio se distingue la corteza cerebral o sustancia gris y la sustancia blanca. La sustancia gris que mide aproximadamente 2 o 3 mm de espesor, formada por células amielínicas (es decir que no están rodeadas por la vaina de mielina). Los pliegues que se dan en esta capa forman las circunvoluciones cerebrales, surcos y fisuras y delimitan las áreas con funciones determinadas, divididas en cinco lóbulos. Cuatro de los lóbulos se denominan frontal, parietal, temporal y occipital. El quinto lóbulo es la ínsula, la cual se encuentra ubicada en el fondo de la cisura de Silvio. Los lóbulos frontal y parietal están situados delante y detrás, respectivamente, de la cisura de Rolando. La cisura parieto-occipital separa el lóbulo parietal del occipital y el lóbulo temporal se encuentra por debajo de la cisura de

Silvio. La sustancia blanca está formada por fibras nerviosas mielinizadas (cubiertas de mielina) que llegan a la corteza.

Cada hemisferio cerebral tiene funciones específicas como es el caso del hemisferio cerebral izquierdo encargado de producir y comprender los sonidos del lenguaje, el control de los movimientos hábiles y los gestos con la mano derecha mientras que el hemisferio cerebral derecho está especializado en la percepción de los sonidos no relacionados con el lenguaje (la música, el llanto), en la percepción táctil y en la localización espacial de los objetos.

Los lóbulos cumplen funciones determinadas: lóbulos frontales, se encarga de los movimientos voluntarios, está relacionado también con el lenguaje, la inteligencia y la personalidad; los lóbulos parietales se asocian con el sentido del tacto y del equilibrio; los temporales gobiernan ciertas sensaciones visuales y auditivas y en los lóbulos occipitales se recibe y analiza la información visual.

El funcionamiento del cerebro se basa en el concepto de que la neurona es una unidad anatómica y funcional independiente, integrada por un cuerpo celular del que salen numerosas ramificaciones llamadas dendritas, capaces de recibir información procedente de otras células nerviosas, y de una prolongación principal, el axón, que conduce la información hacia las otras neuronas en forma de corriente eléctrica.



1.2 Síndrome frontal.

El lóbulo frontal ocupa casi un tercio de la superficie hemisférica, localizándose anterior al giro central o de Rolando y superior a la fisura de Silvio. Irrigado por las arterias cerebral, anterior y silviana, y consta de 3 circunvoluciones. El área de Broca se localiza entre la par opercular y la triangular en el hemisferio dominante.

El lóbulo frontal es donde se encuentran las funciones más superiores, tales como la conducta, las emociones, los conocimientos y la memoria.

Las áreas motoras y premotoras están relacionadas con los movimientos voluntarios y su lesión produce parálisis espástica¹ contralateral, es decir la parálisis es del lado opuesto al de la lesión, por ejemplo si una persona se lesiona el hemisferio derecho del cerebro la parálisis será del lado izquierdo del cuerpo. Las áreas motoras primarias², al igual que las sensitivas, se organizan somatotópicamente de forma que áreas corticales se correlacionan con áreas corporales específicas.

Cuando hay daños en el área prefrontal se puede encontrar ausencia de iniciativa y espontaneidad siendo esto considerado como un estado apático o abúlico (esto quiere decir disminución de interés, afectividad y emociones), hay disminución de las relaciones interpersonales, cambios en la personalidad (a veces con evidente desinhibición social, inestabilidad e impulsividad esto es especialmente con lesiones frontales basales) y ligero deterioro intelectual con ausencia de atención y concentración y memoria, incapacidad para analizar problemas, disociación entre lenguaje y acción.

Los pacientes afectados de síndrome frontal cursan con pérdida de las inhibiciones aprendidas en la infancia, pérdida del cuidado e higiene personal y liberación progresiva de los patrones de comportamiento, con tendencia a la vagancia, degeneración moral y la promiscuidad sexual, estado conocido como moña frontal.

¹ Parálisis en la que los músculos se mantienen contraídos.

² Su función es llevar a cabo los movimientos individuales de diferentes partes del cuerpo.

Acompañando a éste cuadro clínico puede observarse fenómenos neurológicos de desinhibición cerebral, como automatismos de presión de la boca y de la mano. Los labios y la mandíbula se cierran de forma refleja ante un contacto (esto es llamado hociqueo); un objeto colocado entre los labios es inmediatamente succionado y en la palma de la mano es rápidamente agarrado.

1.3 Síndrome parietal:

El lóbulo parietal es más pequeño y difícil de delimitar que el frontal. Se localiza detrás del surco central y por encima de la fisura de Silvio. Sobre el lado medial, el surco parietooccipital demarca el borde posterior. Se le reconocen dos surcos importantes: el surco poscentral, que limita la corteza somestésica y el surco interparietal. El giro angular y el supramarginal constituyen importantes áreas de asociación.

Cuando se lesiona el lóbulo parietal se presentan alteraciones sensitivas (hipoestesia³ superficial y/o profunda y/o parestesias⁴, en un lado del cuerpo, generalmente con una distribución faciobraquiocrural, siendo otras modalidades menos frecuentes, astereognosia⁵, atopognosia⁶, pérdida de discriminación entre dos puntos, extinción parietal, agnosia⁷, asomatognosia⁸.

³ Sensación disminuida a la sensación táctil.

⁴ la sensación anormal de los sentidos o de la sensibilidad general que se traduce por una sensación de hormigueo, adormecimiento.

⁵ Incapacidad de reconocer los objetos por el tacto

⁶ pérdida de la facultad de localizar correctamente una sensación

⁷ incapacidad para el reconocimiento por el sujeto de estímulos y su significación

⁸ Incapacidad de reconocer el cuerpo.

La lesión del lóbulo parietal dominante conduce a la aparición de alexia⁹, síndrome de Gerstmann (el cual se presenta con agrafia, alexia, agnosia digital y desorientación derecha – izquierda), astereognosia bimanual (agnosia táctil) y apraxia ideatoria e ideomotora.

En este lóbulo se encuentran las zonas encargadas de recibir las sensaciones de nuestro propio cuerpo y del exterior.

El síndrome parietal se caracteriza por la pérdida de sensibilidad de una parte del cuerpo o alteraciones de la percepción, del análisis, de la integración o interpretación de la sensibilidad. Una de las alteraciones es la agrafia o incapacidad para escribir, la acalculia, incapacidad para el cálculo. No distinguen la parte izquierda o derecha, de incapacidad para identificar sus dedos o de otras partes del cuerpo. Se dan las "apraxias" o incapacidad para realizar determinados movimientos o actos motores

1.4 Síndrome temporal:

El lóbulo temporal está irrigado por las arterias silviana temporal y posterior y por la arteria cerebral posterior. No hay límite anatómico entre el lóbulo temporal y el occipital, ni tampoco con la parte posterior del lóbulo parietal.

El lóbulo temporal incluye las circunvoluciones superior, media e inferior, occipitotemporal, lingual, parahipocámpica e hipocámpica y el giro transversal de Heschl que constituye el área receptiva primaria auditiva.

⁹ Pérdida de la capacidad de leer, cuando ya fue adquirida previamente.

En este lóbulo está representado el oído, las zonas de comprensión, (zona de lenguaje de Wernicke) y la de emisión del lenguaje, (área de Broca, por delante de la fisura lateral). También reside aquí la memoria.

Las lesiones del lóbulo temporal dominante producen cuadrantanopsia¹⁰ homónima superior por afección de las radiaciones ópticas inferiores, afasia de Wernicke o fluente, amusia (incapacidad para leer y escribir música) y alteración de aprendizaje del material verbal presentado por vía auditiva.

La lesión del lóbulo temporal no dominante produce alteración en las relaciones espaciales, deterioro en el aprendizaje de material no verbal presentado por vía visual y una incapacidad para reconocer melodías.

Una lesión en lóbulo temporal podría dar lugar a alucinaciones e ilusiones auditivas y comportamiento psicótico con agresividad.

La afectación temporal bilateral puede conducir a un síndrome amnésico de Korsakoff, síndrome klüver-Bucy (representados con apatía, placidez, incremento en la actividad sexual, y falta de reconocimiento de objetos comestibles) y sordera cortical.

El síndrome temporal se caracteriza por las crisis epilépticas de carácter psicomotor que incluyen movimientos automáticos, alteración de la conciencia, pérdida de memoria. También pueden producirse sensaciones anormales, cenestésicas, visuales, auditivas,

¹⁰ pérdida de [visión](#) en un cuarto del campo visual en uno o ambos ojos.

gustativas u olfatorias. Con frecuencia estos pacientes presentan alteraciones psicopatológicas y neuropsicológicas, que se presentan en forma de alteraciones de la capacidad de atención, trastornos del carácter con mal humor e irritabilidad, pérdida de memoria y afasias de comprensión por lesión del áreas de Wen-ficke.

Así mismo, pueden presentarse fenómenos de "jamás visto" (dificultad para reconocer objetos anteriormente vistos) y "ya vista" (objetos que aparecen conocidos y nunca se han visto). Por último, pueden observarse trastornos neurológicos, como alteraciones homónimas del campo visual, en especial, una cuadrantanopsia superior.

1.5 Síndrome occipital

El lóbulo occipital se encuentra ubicado en la parte posterior del cerebro, es el lóbulo más pequeño, tiene forma triangular

En esta zona está representado todo lo relacionado con la visión, por lo que en la alteración de ella aparecen sensaciones ópticas paroxísticas (relámpagos, chispas), percepción de objetos o alucinaciones escénicas complejas. Las lesiones destructivas de la corteza occipital originan una hemianopsia o cuadratonopsia homónima contralateral, con preservación de la zona macular o sin ella, según el nivel de lesión. Otras posibles manifestaciones son desviación conjugada de la mirada hacia el lado lesionado, afectación de los movimientos de seguimiento de los globos aculares, alexia o dislexia, agnosia de colores, agnosia verbal visual y alucinaciones visuales.

La lesión unilateral produce una hemianopsia homónima contralateral congruente con respecto de la visión macular y puede cursar con alucinaciones visuales elementales.

La afectación occipital bilateral produce: ceguera cortical por afectación de las áreas visuales primarias. Los pacientes con lesiones occipitales mediales extensas de carácter agudo y bilaterales con ceguera cortical pueden negar su ceguera.



CAPITULO II

Relación y diferenciación entre los síntomas psicológicos y neurológicos.

2.1 Diferenciar las alucinaciones como fenómenos elementales de los efectos producidos por la lesión neurológica

Cuando un niño nace tiene la difícil tarea que es poder diferenciarse del medio, donde lo que debe lograrse es una diferenciación yo – no yo, entre lo interno y lo externo. El niño cuando nace, está en una relación simbiótica con la madre, es decir, se sienten uno. Un residuo, una marca, de esta relación subsiste en todos los sujetos y de ésta depende el déficit en las personificaciones, sentido de la realidad, sentimiento de la identidad o el esquema corporal. Lo que debe suceder para que el sujeto recorra este camino para la constitución de su yo, es poder lograr diferenciarse de su madre como un sujeto diferente.

La psicosis es una patología en la que el Yo se desconecta de la realidad, consecuencia de la incapacidad, inmadurez o debilidad del yo para vincularse con ésta (la realidad) y asumir las frustraciones que ésta le impone. Es decir el yo no está suficientemente preparado y desarrollado y el resultado será una huida de la realidad insoportable, tratando de

restablecer el mundo autístico infantil. Creando así el delirio como un intento de reparar ese desgarramiento entre el Yo y el mundo exterior.

La alucinación y el delirio, son dos fenómenos que han sido destacados en la clínica de la psicosis. La alucinación, principalmente la verbal, está relacionada con lo que se denomina la iniciativa del Otro como lugar donde dirimir las fronteras entre las neurosis y la psicosis. De esta forma precisa la entrada en la psicosis, el delirio comienza a partir de que la iniciativa está fundada en una actividad subjetiva, es "El Otro quiere esto y quiere sobre todo que esto se sepa"; este es en efecto uno de los fenómenos elementales de la psicosis.

La alucinación no es un retorno de alguna cosa del interior que haya sido sometida a la censura y a la represión, no es algo del inconsciente que retorne en el elemento sustitutivo que lo enmascare y lo indique a la vez, como en el sueño, sino "retorno" en lo percibido, en el exterior, de una representación que no ha sido interior, que ha sido abolida o rechazada del investimento, para no ser mas que "proyectada" al exterior.

En la neurosis se dan las formaciones inconscientes, una de esas es el sueño, Freud comparaba la psicosis con el sueño, como un pequeño episodio de psicosis, o una psicosis de corta duración, ya que en este momento (en el sueño) el yo ha abandonado su función de control de la realidad.

Tanto el psicótico como el neurótico están dentro del lenguaje, la diferencia es que el neurótico está dentro de un discurso mientras el psicótico no. - Discurso es una secuencia coherente de oraciones que cumplen una estructura verbal, que pueden servir o no para la comunicación, constituye un sistema que varía según la época, determinando relaciones de

poder o saber. – el psicótico funciona con la operación de alienación y no con la de separación, donde el sujeto no está representado, está coagulado e identificado, tomado masivamente en el significante.

En la psicosis y en la neurosis puede haber sueños, los cuales son considerados como formaciones del inconsciente, la diferencia aquí sería el significado que tiene ese sueño para la persona. En la neurosis ese sueño hace un hallazgo, es un momento de sorpresa donde el sujeto desaparece bajo el significante, luego de haber surgido un instante como efecto de la verdad mientras que en la psicosis el sueño no tiene efecto de verdad para el sujeto, aparecen como un signo del exterior. Se puede decir que en la psicosis no hay formaciones del inconsciente.

Cuando tenemos pacientes que presentan lesiones en el lóbulo temporal o en el lóbulo occipital, suelen producirse alucinaciones. Cómo no confundir estas alucinaciones neurológicas, por así llamarlas, con las alucinaciones propias de la psicosis. Las alucinaciones y delirios de una lesión cerebral, suelen no ser recordadas al tiempo de mejoría. Si esa parte del cerebro queda lesionada de por vida, seguirá produciendo estas alucinaciones. Hay que tener muy en cuenta qué hacer en estos casos, cuando un hombre puede tener una estructura neurótica con rasgos obsesivos y tener alucinaciones por lesión cerebral, o una persona que presente alucinaciones por estructura psicótica. Cuando hay alucinaciones por lesión el tratamiento que dan los médicos es recetar antipsicóticos hasta ver si estos desaparecen o por el daño van a permanecer.

Los fenómenos elementales son fenómenos psicóticos que pueden existir antes del delirio, antes del desencadenamiento de una psicosis. A veces no se dan en la vida actual del paciente pero se pudieron haber dado en el pasado y aparecen solo como recuerdos. Cuando se sospecha una estructura psicótica hay que indagar, para ver si se dieron los fenómenos elementales, esta investigación debe ser de forma metódica y segura. Estos son:

1. El automatismo mental:

Es la irrupción de voces, del discurso de otros en la más íntima esfera psíquica. Estos suelen ser muy notorio cuando la psicosis ya esta desencadenada, pero en un automatismo mental puede estar presente silenciosamente, durante años, con apenas una o dos irrupciones en la infancia o en la adolescencia, quedando más tarde encubierto.

2. Fenómenos que conciernen al cuerpo:

En este se dan fenómenos de descomposición, de despedazamiento, de separación, de extrañeza con relación al propio cuerpo. También se puede dar distorsión temporal, distorsión de la percepción del tiempo o dislocamiento espacial.

3. Fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad, que no son abstracciones:

Testimonio por parte del paciente de experiencias inefables, inexpresables o experiencias de certeza absoluta y más aun con respecto a la identidad, hostilidad de un extraño, también llamadas expresiones de sentido o significación personal.

Lo que nos ayuda a saber cuando estamos frente a un cuadro psicótico es la certeza que tiene el paciente frente a las alucinaciones, ésta también la encontramos en pacientes con lesiones occipitales, haciendo que se dificulte la diferenciación. Por lo tanto tenemos que recurrir a otros fenómenos elementales como son los fenómenos que conciernen al cuerpo para poder diferenciar. El cual no está presente en los pacientes de estructura neurótica con alucinaciones por la lesión.

El delirio en la psicosis es un discurso articulado. Se trata de una combinación de elementos donde el intento de encontrar los fenómenos elementales toma un valor, un sentido: destacar en el conjunto del discurso delirante los elementos primeros a partir de los cuales se construyó, se elaboro el resto, es decir el delirio. Estos fenómenos elementales son considerados como axiomas de partida. Los fenómenos elementales son los hechos bizarros, extraños, que surgen en él, lo que trata de hacer el sujeto frente a esto es darle explicaciones y aparecen las construcciones delirantes.

El fenómeno elemental es considerado como primario y el delirio como secundario. Ya que sería lo primero que aparece es el fenómeno elemental y el sujeto trata de darle una respuesta a esto que no le encuentra el sentido y aparece la producción delirante.

El fenómeno elemental tiene un sentimiento de extrañeza, de inquietud que invade al sujeto, no tiene antecedentes en su personalidad, su conciencia o su carácter. El delirio por lo contrario tiene una causalidad psíquica porque es un esfuerzo para dar cuenta a esa intrusión curiosa, que es extraña e inquietante.

Cuando estamos frente a una persona que presenta alucinaciones por lesión cerebral tenemos que ir a buscar la estructura. Los fenómenos elementales son los que se tienen que tener presente frente a una psicosis. El fenómeno elemental en la psicosis es igual a una formación del inconsciente de la neurosis. El fenómeno elemental es interesante para ese alguien ya que es la significación personal que se dirige a él.

Cuando hablamos de alucinación es un fenómeno perceptivo. Afirmamos estar ante una verdadera alucinación psicótica cuando lo que aparece tiene el carácter de certeza, y podemos decir que en este momento el sujeto es pasivo, ya que la alucinación se le presenta como independiente de él.

Dentro de las prácticas se presentaron casos de meningitis en los que habían alucinaciones e ideas delirantes, de las cuales los pacientes no se acuerdan después y durante el trabajo psicológico descubrimos estructuras neuróticas, histéricas u obsesivas en ellos.

El delirio según Lacan tiene una dimensión de mensaje que es la significación y una dimensión de código que es el tesoro significante, estos dos son los que permiten diferenciar un delirio psicótico, la relación del sujeto con el otro registro imaginario (pequeño otro) y el registro simbólico (gran Otro). Lacan caracteriza en efecto la psicosis por la forclusión de un significante primordial en el Otro, el Nombre-Del-Padre significante que le permite acceder a la significación fálica, es decir no se logra establecer esta función que le va a poner un alto al goce. El déficit de este significante en lo simbólico, el agujero que allí constituye trae consigo un déficit y un agujero correspondiente en lo imaginario fálico. La interpretación delirante

sería la tentativa de aminorar este déficit en lo simbólico y las consecuencias que trae en lo imaginario, pero al precio, para el sujeto de tener que sostener el mismo, en el lugar del falo en déficit, la significación en su conjunto.

La alucinación verbal hace presente el objeto voz, en un registro diferente al de la neurosis. Este objeto calificado por Lacan como el más cercano a la experiencia del inconsciente, funciona mudo cuando es causa de deseo, es decir cuando se ha dado la castración imaginaria. En la medida en que no la contiene (la castración imaginaria) aparecerá en el registro real, dado que el goce no ha sido excluido. Significante y goce se producen como alucinación verbal, ya que el goce no ha sido frenado por la función paterna. El delirio comienza a partir de que la iniciativa está fundada en una actividad subjetiva. El Otro quiere esto y quiere sobre todo que esto se sepa, este es en efecto uno de los fenómenos principales de la psicosis. Lo que hace aquí Lacan es articular la alucinación, en especial la verbal con la "iniciativa del Otro", como el lugar donde dirimir las fronteras entre la neurosis y la psicosis.

Si ya ubicamos el fenómeno en la estructura nos preguntamos ¿Cómo trabajamos con estas alucinaciones que se presentan, de la misma forma como si fueran alucinaciones de una estructura psicótica? Durante la práctica nos dimos cuenta que enfrentarlos a la realidad les produce angustia. Cuando trabajamos con pacientes de este tipo también podemos ver que muchas veces se les pregunta algo y contestan algo diferente, se dificulta la formación de ideas, hay pensamientos circulares. Nuestra propuesta es entrar en su delirio y hacer que el paciente logre una significación delirante que lo estabilice.

Sus delirios no están relacionados con que alguien quiere que se sepa algo

2.2 Ubicar la trama de la historia del sujeto, la presencia de rasgos de conducta

El significado de trama es: un conjunto de hilos que, cruzados y enlazados, forman una tela. Llevándolo a la psicología podríamos decir que es un entrecruzado de situaciones en la historia del sujeto, que de alguna forma han llegado a determinar su comportamiento, sus elecciones, sus decisiones.

La trama es el encadenamiento del síntoma, el cual desprende argumentos, adquiere textura y deviene un texto a descifrar para esto necesita de Otro, que escuche lo que nos sucede y por medio del cual, el tejido, la trama, sean atendidos de una manera diferente, privilegiando el inconsciente y donde se hagan determinados señalamientos e intervenciones, tratando así de lograr un despertar del sujeto, que salga del adormecimiento de los significantes.

Una persona que ha desplegado su trama es aquella que ha ido analizando su historia con relación a un Otro, gracias al cual pudo constituirse como sujeto, todas las huellas, impresiones y fijaciones que dejaron esta relación. Nos referimos a toda estas redes de relaciones madre-hijo, padre-madre-hijo/a. Cuando un bebe nace no está lo suficientemente desarrollado para cuidarse por sí solo, depende de Otro que le dé de comer, que lo limpie, que ponga palabras a lo que le sucede, introduciéndolo así en el lenguaje. Dentro de esta

relación madre-hijo, en la que principalmente es de necesidad, el niño necesita comer del pecho materno, surge el primer objeto de satisfacción, el cual será buscado toda la vida y nunca encontrado. El primer objeto que es el pecho materno, según el llanto del hijo y la aparición de la madre se va formando lo que llamamos interno-externo, aquí aparecen las primeras huellas, fijaciones e impresiones. Esta etapa de la vida, constituye el terreno preparatorio para el Edipo, donde se dará la castración por la noción de la ley fundamental, la prohibición del incesto. El sujeto proviene de una familia de la cual es hablado. Somos hablados y a causa de eso hablamos.

Cuando decimos trama nos referimos a un entretrejido de palabras, silencio y letras. La trama esta en relación al inconsciente y en el ciframiento está el goce, es la razón sexual que no deja de inscribirse, causando el trabajo cifrado del inconsciente.

El inconsciente operando como interpretación no interviene más que tendiendo puentes entre los significantes. La interpretación del analista es apuntando a la falla misma de la significación, la falla no es otra cosa que el lugar mismo del deseo. Es allí donde el inconsciente levanta puentes entre S1 y S2 engendrando la significación que nos adormece de lo real, y es la interpretación psicoanalítica la que está dirigida a este intervalo, operaría atacando la articulación misma, desarticulando los puentes.

Una diferencia que nos podría ayudar en nuestro trabajo con este tipo de pacientes es escuchar al paciente, su discurso. El paciente psicótico no está entre S1 y S2 (dentro de la cadena significativa) y si logra crear un delirio (el delirio seria darle sentido a lo que le sucede), si buscamos romper este puente en un paciente psicótico lo desencadenaríamos.

Mientras que en el paciente neurótico se debe apuntar a romper este puente se buscaría lograr un deseo de despertar, despertarse de estos significantes que adormecen, adormece de lo real por el sentido.

En psicoanálisis el síntoma tiene dos funciones. Se opera sobre el síntoma pero además se trata de una operación propia del síntoma. El síntoma deviene en una herramienta. Cuando operamos sobre el síntoma este se modifica. El síntoma analítico solo puede ser atrapado con la oreja. Es muy importante escuchar al paciente ya que dentro de este discurso podremos distinguir cuales son los rasgos de estructura que van a determinar la dirección de la cura, el síntoma que presenta el paciente. Cuando hablamos de síntoma ya estamos infiriendo una estructura neurótica, ya que el síntoma está relacionado con el inconsciente como una manifestación del inconsciente y la otra cara es la del goce, la cual está relacionada con el fantasma y es la parte del síntoma que se repite. En los pacientes psicóticos el goce esta regado por todo el cuerpo. El síntoma tiene un mensaje desconocido es decir, inconsciente, para el sujeto que lo padece y ese mensaje ignorado presente en el síntoma, mensaje del que, en verdad nada quiere saber y por las mejores razones, por que concierne propiamente a su deseo.

Se encuentra en el inconsciente la insistencia de un saber torturante, fastidioso, frente al cual el neurótico se ve abandonado, es necesario precisar la causa de su insistencia.

En los pacientes atendidos dentro del hospital del seguro se observó que además de los síntomas físicos, presentan síntomas psicológicos, relacionado a su historia, trabajo, vida

social, etc. Este síntoma psicológico tiene un sentido palabrero, que está formado como un lenguaje y con una modalidad de satisfacción.

Cada síntoma en los pacientes está marcado por una trama histórica, el síntoma guarda estrechas relaciones con el fantasma y el inconsciente de cada persona. Siendo esto lo más íntimo de cada uno de los sujetos.

El síntoma psicológico se diferencia del físico por la forma como es atendido. Este síntoma solo puede ser atrapado por la escucha, atentos al discurso que despliega, podemos aproximarnos a su problemática vital. El síntoma puede pasar por tres estatutos: en el primero se lo podría describir como un síntoma adormecido, que no se ha convertido en un problema para el sujeto, no es lo suficientemente tormentoso para crear una demanda, la persona que está dentro de este estado sintomático lo considera como parte de su carácter. El segundo estatuto es cuando el síntoma se presenta ya como una molestia, esto podría ser considerado como un desencadenamiento de una neurosis. El tercer y último estatuto es el de síntoma analítico, en el que éste puede ser analizado, descifrado, es como un mensaje dirigido a un Otro.

Cada síntoma en los pacientes está marcado por la trama de cada historia. Decimos que el síntoma está relacionado con el inconsciente pues es una de sus formaciones y se dirige en su cadena significativa al Otro para que lo descifre. Pero el síntoma tiene también una cara de satisfacción, es un tipo de goce desconocido por el sujeto pues se presenta como sufrimiento.

Decimos también que está relacionado con el fantasma, pues este le brinda una significación en relación a lo que puede esperar del Otro; y entonces liga su sufrimiento a la posición fantasmática de su existencia.

2.3 Cambios del humor; producidos como efectos de la lesión neurológica de lo que podría ser cambios de humor por cuadros depresivos, por la presencia de angustia o por la presencia de fenómenos psicóticos.

Un paciente con una frontalización o también llamado con un síndrome frontal puede mostrar agresividad, cambios de conducta, desorientación en tiempo y espacio. Hay que tener en cuenta que cuando tenemos un paciente con frontalización se muestran varios de estos síntomas anteriormente nombrados, al mismo tiempo. Pudiendo así diferenciar con la agresividad o con un posible acting out o pasaje al acto propia de una situación angustiante que no ha podido ser tramitada, hablada, elaborada.

Muchos de estos pacientes suelen querer pararse de sus camas, salir del hospital, llorar, gritar, golpear lo que se puede confundir con un acting out. Se las puede confundir ya que el acting out son reacciones generalmente impulsivas, que tienen como telón de fondo la angustia y van dirigidas al Otro con el afán de comunicar algo, como un mensaje. Lo que se recomienda en estos casos es hacer un acompañamiento del paciente y trabajar con la familia, para que puedan llevar la situación de una mejor manera y elaborar algo sobre sus fantasías o miedos de lo que le sucede a su familiar. Se recomienda un acompañamiento al paciente en el se hagan visitas de corta duración, la mayor cantidad de veces posible (si uno va 4 días visitarlo los 4 días), hablarle al paciente, explicarle el porqué de las condiciones en

las que se encuentra, ya que muchas veces los tienen amarrados para que no se levanten de la cama o no se arranquen los drenes o vías que les han colocado. ¿Porque el trabajo no es dirigido al paciente hospitalizado? Ya que este no está en condiciones de producción, de elaboración. Puede estar muy agresivo, no va a ser una escucha que lo calme ya que su estado es por lesión, nuestras intervenciones no apuntaran a tranquilizar al paciente, al momento en que la inflamación disminuya no se acordará de lo conversado.

Se puede ilustrar esta base teórica con el caso de un paciente ingresado por un accidente en moto, sus primeras reacciones fueron de agresividad, no quería que nadie se le acerque, si lo hacían él les escupía. Solía jugar con sus excrementos y tirarlos por toda la sala de cuidados intensivos. Hablaba incoherencias, no reconocía a sus familiares solo a un hermano. En este caso podemos observar la gama de síntomas debido a una inflamación del lóbulo frontal, causado por el accidente. Con el paso de las sesiones, el paciente fue mostrándose menos agresivo, más coherente y ubicado en tiempo y espacio. Hablando con los familiares se obtuvo que era primera vez que el mostraba estas conductas que habitualmente era un hombre tranquilo.

En este punto es importante tener en cuenta las vivencias particulares de un sujeto que tiene que ser internado en una institución hospitalaria. No puede ver a la gente que acostumbra ver, no puede asistir a su trabajo, se encuentra aislado de lo que ha sido su hábitat natural, en un área en la que se realizan intervenciones quirúrgicas del cerebro, parte que comanda nuestro cuerpo, creando así pensamientos de que se quedarán "bobos",

“cojos”, “tontos” o que morirán en la operación por ser tan riesgosa. Todos estos factores más la historia propia de cada paciente pueden desencadenar una sintomatología.

Un paciente también puede mostrar estados depresivos ante todas estas situaciones antes mencionadas, angustiado o agresivo por su situación de enfermedad, pero su comportamiento esta encadenado a una realidad; es decir no se desvincula de esta.

CAPITULO III

El psicólogo clínico en la institución hospitalaria

3.1 El psicólogo clínico en el trabajo multidisciplinario:

La interacción con otros dentro de la institución, se da en un contexto de constantes y variables, donde la constante es representada por la institución y constituye el encuadre, en donde se darán una serie de variables.

Dentro de la institución se trata de mantener un discurso, tratando de que el paciente se mantenga inmerso en el discurso del amo. Algo con los que nos toca trabajar ya que debemos hysterizar este discurso, que el paciente se queje de lo que le está afectando, ya sea por parte de la institución, de su vida personal, ya que dentro de cada queja esta la subjetividad del paciente.

El hospital puede ser visto también como un lugar donde se sectoriza por enfermedades, por familias o por categorías. Se los ve como un número de cama, o el paciente que presenta tal enfermedad. Dejándose totalmente de lado al sujeto teniendo aquí muchas consecuencias.

Ante la agresión que representa la falta de salud, podemos encontrar reacciones normales, por el contrario en los trastornos severos se presentan serias alteraciones de conducta, de depresión, ansiedad y hostilidad entre otras.

Con el desarrollo de la ciencia no hay lugar para la subjetivación ni para la particularidad, cada vez quieren una pastilla que cure mas enfermedades, que se pueda aplicar de forma masiva, buscan adelantos que sirvan para todos, que beneficien a todos. El cuerpo enfermo es fotografiado, partido, oído, aparece dividido. La ciencia y su progreso colabora en la formación de nuevos síntomas y efectos y es aquí donde se encuentran muy limitados en su accionar y no encuentran respuestas a las preguntas de estos efectos.

Frente a este goce desbordado del cual el médico no puede dar cuenta, es el psicoanálisis quien ocupa su lugar, para determinar los efectos de verdad y del deseo que provoca la ciencia. El psicoanálisis se va a encargar de rescatar a ese sujeto perdido en su goce, anulado por la ciencia, tomado como un cuerpo y órganos. Pero de eso se trata de lecturas distintas en la que cada uno hace lo que sabe, cada uno trabaja en su campo.

Dentro del trabajo de hospital hay obstáculos que podemos ir encontrando en el camino, el tiempo de sesiones se ve determinado por el tiempo que el paciente estará hospitalizado, no hay un lugar de atención determinado muchas veces se atiende en los cuartos ya que los pacientes no se pueden mover de sus camas otras en los pasillos cuando es con los familiares ya que no hay lugar específico de atención para el psicólogo. La no elección de psicólogo por parte del paciente y la falta de demanda son situaciones que tenemos que manejar dentro de esta área.

Empezando a trabajar en un hospital, nos vemos frente a muchas interrogantes, por vernos inmersos en un ambiente puramente médico. Una de las principales interrogantes que se me mostro y por la cual estoy haciendo este trabajo de investigación, fue: ¿Cómo no confundir un síntoma producido por una lesión neurológica con un síntoma psicológico? Y ¿Qué hacer y cómo trabajar con estos pacientes que presentan síntomas que parecerían ser psicológicos pero son debido a lesiones cerebrales? Frente a las cuales surgen muchas interrogantes ya que son de causa netamente médica, ya que estamos frente a una enfermedad biológica en sí y no frente a una consecuencia psicológica de la enfermedad biológica. En el recorrido de esta tesis nos daremos cuenta que tenemos un papel fundamental en esta parte de la enfermedad y los aportes que podemos brindar.

Trabajando dentro de un hospital y formando parte del equipo multidisciplinario, donde todo lo que nos rodea es una visión del paciente desde el punto de vista médico, es muy importante ser capaz de reconocer las preocupaciones del paciente, las cuales pueden estar relacionadas al entorno familiar, laboral o social. Es ahí a donde tiene que dirigirse el psicólogo clínico en las instituciones, aprender a reconocer que síntomas son neurológicos, como diferenciarlos de los psicológicos y las preocupaciones que muestra el paciente. El psicólogo debe siempre dirigirse a lo que hace sufrir al paciente, con eso trabajamos. Debemos tener en cuenta que el paciente está en un hábitat que no es el que acostumbra, no ve a las personas que acostumbra a ver, no puede ir a trabajar, duerme en una cama que no es la suya, debe estar en un lugar de donde no puede salir. y todas estas cosas traen preocupaciones.

Se debe tratar de atender todas las necesidades del paciente, dentro de una institución hospitalaria, tanto emocionales, personales, familiares y sociales. Dentro de la institución hospitalaria trabajamos con el sufrimiento del paciente, dolor psíquico que está relacionado con el dolor y el desconsuelo. En un hospital tenemos que tener en cuenta una situación particular, como lo es la enfermedad, la cual va a ser el desencadenante de situaciones emocionales conflictivas. La cual tiene efectos que podrían cambiar la vida del paciente en el área que nos hemos desempeñado todo este año de prácticas.

El psicólogo clínico en el trabajo dentro del hospital del I.E.S.S. tiene que ocupar un lugar dentro del equipo multidisciplinario, en el cual están presentes doctores, trabajadoras sociales, enfermeras y los psicólogos. El psicólogo viene a ocupar el lugar a través del cual se puede lograr un reconocimiento de la palabra de los pacientes frente a los familiares y frente a otros profesionales. En el área de neurocirugía se hacían visitas conjuntas los días viernes en las que estaban presentes todos los profesionales, y luego se exponen los casos desde el punto de vista médico y psicológico. Momento también donde se derivan pacientes a psicología. En estas visitas el psicólogo obtiene conocimientos de las enfermedades, de diagnósticos médicos y tratamientos que se realizan.

Dentro de esta área es necesario que el psicólogo conozca el diagnóstico médico que tiene el paciente.

3.2 Intervenciones del terapeuta

Durante las primeras entrevistas buscábamos conocer e investigar los rasgos de la estructura para poder así determinar la dirección de la cura. Obteniendo también los datos precisos como son los de filiación, o la historia del paciente, interrogando muchas veces puntos que no quedaban del todo claros en la historia del paciente.

Muchas veces brindar información al paciente ayuda a disminuir estas ideas que ellos presentan y la angustia que pueden llegar a producir. Cuando hablamos de brindar información no queremos decir no escuchar al paciente, es escuchar al paciente y en momentos determinados brindar información que puedan aclarar cosas para el paciente. Teniendo en cuenta también de donde vienen estas ideas a los pacientes, qué las producen, y tener bien claro su fantasía con relación a la enfermedad.

Se puede resumir puntos claves que se ha tenido durante las sesiones, también podemos clarificar o reformular el relato del paciente para que ciertos contenidos adquieran mas relieve. Se pueden hacer señalamientos con los que buscamos que el paciente interprete a partir de los elementos recortados. Otra forma de intervenir en la entrevista es confirmando o rectificando los criterios del paciente sobre su situación. Otra opción podría ser recapitular, es decir resumir los puntos importantes que han surgido en el proceso exploratorio de cada sesión. Cada intervención que se realiza va a depender del caso, de lo que queremos lograr con esa intervención ya sea apuntando al goce, o buscando un cambio de posición subjetiva, o que el paciente interprete algo de su padecer.

Las intervenciones realizadas por el terapeuta al momento de atender a un paciente con alucinaciones por lesión cerebral, fue entrar en su delirio, formar parte de él, logrando con eso que las alucinaciones disminuyeran. Se presentó el caso de una paciente que

escuchaba llorar a una bebe, interrogando comento que esa bebe era de ella, que no la veía, pero sabía que estaba ahí porque la escuchaba llorar. No sabía que exactamente la hacía llorar, pero creía que era porque estaba sola. Aquí podemos notar la duda, propia de una estructura neurótica. La maniobra de la psicóloga fue interrogar a la paciente sobre la bebe que escuchaba llorar. Se le pregunto: ¿Por qué llora la niña?, ¿Quién es la niña?, ¿desde cuándo está llorando? Cuando la paciente logro darle sentido a lo que le sucedía, durante el transcurso de la sesión la paciente fue manifestando que el llanto de la niña había disminuido hasta que pudo expresar en un estado de tranquilidad y relajación que “casi no escuchaba llorar a la niña”.

Con otro caso de un paciente con meningitis tuberculosa, en el que el paciente veía culebras, la maniobra de la psicóloga fue no enfrentar al paciente con la realidad, entrar a su delirio, esta operación disminuye la angustia, disminuye también el fenómeno elemental, logrando que el paciente arme una significación que lo estabilice. A esta operación llamamos “entrar en el delirio del paciente”. las intervenciones terapéuticas realizadas fueron interrogar al paciente: ¿Cuántas eran?, ¿Cómo eran?, ¿Dónde estaban? No se trató de confrontar con la realidad ya que esto elevaría el nivel de angustia del paciente.

3.3 Conclusiones

Durante el periodo de asistencia al hospital, en el que hemos que tenido que poner nuestros conocimientos en práctica, se presentaron algunas dificultades las cuales hicieron surgir preguntas, motivándonos a hacer esta investigación.

Algo que se considera muy importante y que creemos que se debe tener en cuenta es el rol del psicólogo clínico dentro de una institución hospitalaria, que se centraría en trabajar con el malestar del paciente ya sea con relación a su enfermedad a su vida personal, en otras ocasiones los familiares pasan a ser pacientes también por sus preocupaciones.

Con este trabajo pudimos llegar a diferenciar un delirio psicótico de un delirio por lesión cerebral lo que determinó, como trabajar con estos pacientes. Observamos un paciente con una lesión frontal podría presentar síntomas que se pueden confundir con síntomas psicóticos. Cuando los pacientes muestran alucinaciones por lesión cerebral se recomienda trabajar con ellos estas alucinaciones de la misma manera que con un paciente psicótico, entrando al delirio e interrogando sobre sus alucinaciones.

Con el trabajo realizado, hemos podido diferenciar el delirio psicótico de un delirio por lesión cerebral. Las principales son que las alucinaciones por lesión luego de la recuperación son olvidadas, en las personas con lesión no encontramos el tercer fenómeno elemental que son los fenómenos del cuerpo y el delirio en el psicótico, dentro de este el otro tiene una función, es el Otro el que quiere saber algo o que hagamos algo, mientras el delirio del paciente con lesión cerebral no, puede estar relacionado con cualquier idea sin necesidad de estar relacionado a un Otro que quiere manifestar algo. Mientras que en la alucinación por lesión cerebral el delirio puede estar relacionado con cualquier cosa.

Se debe tener en cuenta también que los síntomas presentados por los pacientes están relacionados con la historia del paciente. Este síntoma está relacionado con el inconsciente y se dirige a un Otro para que lo descifre. Es decir pueden haber manifestaciones del inconsciente, como son los sueños, actos fallidos, etc.

Lo que se recomienda hacer en estos casos es trabajar las preocupaciones que muestra el paciente como un neurótico, en el caso que lo fuera y las alucinaciones y los delirios como con un paciente psicótico. El tipo de intervención no lo desencadenará, una mirada fija tampoco lo hará, pero enfrentarlos a la realidad podría causar mucha angustia. En el caso en que el paciente, por lesión, vaya a presentar alucinaciones permanentemente se podría explicar que por causa de la enfermedad esas estarán presentes y que se recetaran antipsicóticos.

ANEXOS

Reseñas de entrevistas realizadas a Pacientes que presentaron trastornos conductuales o Mentales durante el trabajo dentro de la institución.

Nombre: Carla J.

Fecha de entrevista: 30 de octubre del 2009

Edad: 34 años

Estado civil: casada

La paciente indica que le duele fuertemente la cabeza, que le hacen falta las hijas, no sabe donde están y tampoco quien las tiene. No sabe que tiene, eso le hace pensar que está mal, ya que no le quieren decir que tiene. Luego comenta que no sabe si tendrá todavía a sus hijas, "pongase que el papá me las haya quitado".

Trabaja desde hace como 10 años en un lugar de comidas rápidas, en el cual es administradora, cambiando de tema rápidamente, comenta "de pronto me olvide de darle de comer a mi hija".

Tiene dos hijas una de 10 año que se llama Valeria y la otra de 5 años que se llama Katalina, están la escuela. La paciente vive con la mama. Indica no acordarse porque estuvo hospitalizada antes.

Comenta que siente que alguien la necesita, que hay un bebe, que no lo puede ver pero escucha como llora: "un bebe me necesita, ahortia llora". El la necesita. Comenta "está dolido porque no tiene a su mamá", ella lo puede escuchar, "porque llora si yo estoy con el, no llores yo estoy contigo" indica la paciente.

Frente a esto la acción que se tomó fue interrogar sobre estas alucinaciones e ideas delirantes que presenta la paciente.

Entrevista con el Dr.

Paciente: Carla J.

Diagnóstico médico: Tumor basal cerebral.

La paciente presenta una masa tumoral hiperintensa en secuencias t1 y t2, con realce nodular y anular posterior, administración que se origina en núcleos basales en el lado derecho, la misma que atraviesa la línea media para extenderse a los ganglios basales en el lado izquierdo. Aparente infiltración de la parte posterior del 3er ventrículo. Se observa además aparente infiltración hacia el cuerpo de los ventrículos laterales. Marcado engrosamiento de la mucosa del seno esfnoidal en el lado izquierdo.

Diagnostico dado por el doctor:

Lesión del tallo cerebral astrocitoma grado 2

Entrevista realizada a la tía de la paciente.

Datos de la paciente:

Nombre: Carla J

Fecha de entrevista: 20 de noviembre del 2009

Edad: 34 años

Estado civil: Soltera

Síntomas psicológicos que presenta?

Hace una semana la paciente se encuentra somnolienta, pero antes de estar así, sus preocupaciones se centraban en su trabajo y las dos hijas que tiene indicando querer curarse rápido para poder salir del hospital e ir a trabajar, y preguntando constantemente como estaban sus hijas.

Síntomas de la lesión cerebral

- Orgánicos → dolor de cabeza, adormecimiento del lado derecho de la cara y hemiparesia (disminución de la fuerza muscular con debilidad).
- Psicológicos → la tía de la paciente indica que presentaba ideas delirantes, la paciente hablaba de haber estado presa y decía que tenía un bebe chiquito.

Desde cuando se presenta el cuadro y su evolución.

El cuadro aparece por primera vez el 26 de septiembre, con dolores de cabeza y adormecimiento del lado derecho de la cara. La trajeron por emergencias al hospital, como no fue atendida fue internada en psiquiátrica por 8 días, siendo luego derivada al área de neurocirugía. La tía de la paciente indica que las ideas delirantes empezaron cuando entraron al área de neurocirugía. Estos delirios aparecen por primera vez en la vida de la paciente.

La tía refiere que la paciente no se acuerda de los delirios que tenía.

Persona entrevistada: Esposa

Paciente: José V

Fecha de entrevista: 27 de noviembre del 2009

Edad: 60 años.

Estado civil: Casado

El paciente ingresó con un continuo dolor de cabeza, yendo primero a emergencias y luego a neurología, donde empezó a hablar incoherencias, decía que se quería morir, que no quería la vida porque no aguantaba el dolor de cabeza. La esposa indica que el paciente veía en la pared gusanos y culebras, le decía que llamen a limpieza, las alucinaciones cesaron a las dos semanas y hace tres días regresaron.

La esposa indica que el paciente comenta estar preocupado por el trabajo, que quien va a trabajar por él. Ha preguntado por una deuda que tenían de xxx dólares, la nuera le ha contestado que esa deuda ya esta pagada. Lo que lo ha dejado más tranquilo.

Su esposa manifiesta que estos síntomas aparecen por primera vez, lo describe como un hombre tranquilo. Es primera vez que ve cosas y habla incoherencias.

La esposa del paciente comenta en la tercera sesión, que el paciente no recuerda las ideas delirantes ni las alucinaciones, durante la entrevistas del psicólogo con el paciente indicó no haber visto gusanos ni culebras.

Ella lo describe como una persona que le gustaba mucho el orden, le gustaba que sus pantalones estén muy bien planchados, ella le decía que la luz estaba muy cara, y él le respondía que no importaba pero que sus pantalones tenían que estar bien planchados. Le gustaba que la casa este impecable. Le gustaba que todo este ordenado.

Persona entrevistada: Dra. Gabriela Acuña

Paciente: José V.

Diagnóstico: meningitis tuberculosa.

A partir de la enfermedad se presentaron las alucinaciones y los cambios de conducta.

La doctora indica que esto es un asunto global, es decir que compromete a todo el cerebro. Presenta una lesión en el lóbulo temporal derecho que parecería ser un tuberculoma, esto es un tumor o un nódulo causado por el proceso infeccioso. Las alucinaciones se pueden deber a este tuberculoma.

Comenta que el paciente va a quedar afectado, puede continuar el resto de su vida con alucinaciones, y estas no mejoran si no se proporciona los medicamentos necesarios, antipsicóticos.

Se le está suministrando antibióticos para combatir la meningitis, cuando se llegue a la dosis máxima de antibióticos y se haya eliminado la posibilidad de que se reactive la infección, y las alucinaciones no hayan disminuido, se quedaría como único causante de tales, el tuberculoma.

En estos casos se le daría al paciente un anti psicótico como rispenona o haloperidol , los cuales disminuirían las alucinaciones.

Persona entrevistada: hermano del paciente.

Paciente: Luis T.

Fecha de entrevista: 27 de noviembre del 2009

Diagnóstico: Paciente frontalizado por accidente en moto

El hermano del paciente indica que fue atropellado por una moto el miércoles de la semana pasada. Se le ha realizado dos operaciones en la cabeza. Describe a su hermano como tranquilo, este cambio de conducta surge a partir del accidente.

Comenta que el Sr. hospitalizado no muestra preocupaciones

Si lo reconoce a él, pero a su hermana recién la reconoció el día de ayer (26 de noviembre), antes no la reconocía. No se encuentra orientado en tiempo y espacio, no sabe ni donde esta, ni que día es.

Persona entrevistada: Dr. Negrete.

Nombre: Luis T

Edad: 39 años

Area: B-20

Dr. Negrete.

Diagnostico: contusión temporal y frontal derecha.

El paciente esta frontalizado, comenta el doctor Negrete. Indica que el cuadro clínico comenzó a los tres días de post-operatorio.

Manifestaciones de la frontalizacion:

- Luego de haber hecho sus necesidades, las tira por la sala.
- Escupe cuando alguien se le acerca.
- Comenta que ya se quiere ir a la casa.
- Si alguien le dice algo el paciente dice bueno ya, ya.

La licenciada dentro del b-20 describe el comportamiento del paciente, de la siguiente manera:

- Es agresivo
- Se quiere parar de la cama
- Se encuentra muy intranquilo.
- Si se le quiere lavar los pies, pateo a los licenciados.

Ella comenta que esta sintomatología está presente desde que el entró.

BIBLIOGRAFÍAS

- Vélez, Hernán. "Corporación para investigaciones biológicas". Grandes síndromes neurológicos, sexta edición, paginas 31, 32, 33.
- McGraw, Hill. "Manual CTO de medicina y cirugía". Anatomía, semiología y fisiología del sistema nervioso, séptima edición, paginas 1055, 1056.
- Schejtman, Fabian. "del inconsciente al síntoma y del síntoma al inconsciente". La trama del síntoma y el inconsciente. 2004
- Indart, J.C. ,C.A. de Santos, O. Sawicke." Clínica diferencial de las psicosis", segunda edición.
- Rubistein, Adriana. "Algunas cuestiones relativas al diagnóstico en psicoanálisis".
Internet: "http://ea.eol.org.ar/03/es/textos/txt/pdf/textos_rubistein.pdf". fecha de ingreso: 11 de julio del 2010
- Miller, Jacques-Alain. El saber delirante. Primera edición. Paidós, 2005.
- Plaza, Loreto. "Psicosis exógenas agudas". Vol XX, 1992. Internet: "http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/cuadernos_92/pub_09_92.htm". Fecha de ingreso: 20 de agosto del 2010.