



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIA
DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TÍTULO:

**LA DIRECCIÓN DE LA CURA CON PACIENTES QUE
SUSPENDEN SU SUBJETIVIDAD BAJO UN DISCURSO
RELIGIOSO.**

AUTORES:

**ARIAS TANDAZO, JULIA
FUENTES IZAGUIRRE, PAOLA**

IDENTIFICACIÓN DEL TÍTULO: PSICÓLOGAS CLÍNICAS

TUTOR:

GUERRERO DE MEDINA, NORA

**Guayaquil, Ecuador
2013**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **JULIA ARIAS Y PAOLA FUENTES**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **PSICOLOGAS CLINICAS**.

TUTOR (A)

NORA GUERRERO DE MEDINA

REVISOR(ES)

DIRECTOR DE LA CARRERA

JOSE ACOSTA

Guayaquil, a los 23 días del mes de Mayo del año 2013



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Julia Renata Arias Tandazo**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **LA DIRECCIÓN DE LA CURA CON PACIENTES QUE SUSPENDEN SU SUBJETIVIDAD BAJO UN DISCURSO RELIGIOSO** previa a la obtención del Título **de PSICÓLOGA CLÍNICA** ha sido desarrollado 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 del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 23 días del mes de Mayo del año 2013

EL AUTOR (A)

Julia Renata Arias Tandazo



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Ingrid Paola Fuentes Izaguirre**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **LA DIRECCIÓN DE LA CURA CON PACIENTES QUE SUSPENDEN SU SUBJETIVIDAD BAJO UN DISCURSO RELIGIOSO** previa a la obtención del Título **de PSICÓLOGA CLÍNICA** ha sido desarrollado 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 del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 23 días del mes de Mayo del año 2013

EL AUTOR (A)

Ingrid Paola Fuentes Izaguirre



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Julia Renata Arias Tandazo**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **LA DIRECCIÓN DE LA CURA CON PACIENTES QUE SUSPENDEN SU SUBJETIVIDAD BAJO UN DISCURSO RELIGIOSO**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 23 días del mes de Mayo del año 2013

Julia Renata Arias Tandazo



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Ingrid Paola Fuentes Izaguirre**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **LA DIRECCIÓN DE LA CURA CON PACIENTES QUE SUSPENDEN SU SUBJETIVIDAD BAJO UN DISCURSO RELIGIOSO**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 23 días del mes de Mayo del año 2013

Ingrid Paola Fuentes Izaguirre

AGRADECIMIENTO

“Agradezco a Dios y a mis padres ya que sin la ayuda y apoyo de ellos no hubiera podido culminar mi carrera. A la Doctora Nora Guerrero de Medina quien supo ser mi guía en mi formación clínica y por la transmisión de un saber fundamental en el último año de mi carrera.”

Paola Fuentes I.

“Agradezco a mis padres ya que por su apoyo he llegado hasta aquí, y a Dios porque les da la vida y hace que su esfuerzo valga la pena cada día”

Julia Arias T.

DEDICATORIA

“Este trabajo investigativo lo dedico en memoria de mi hermano Jose Maria Fuentes quien a pesar de ya no ser mi compañero en el camino de la vida, supo ser mi motor para poder llegar a culminar mi sueño. Siempre me impulso a seguir adelante desde que empecé mi carrera y hoy que la culmino su voz sigue resonando en el viento impulsándome a seguir adelante y nunca rendirme.”

“Solo nosotros sabemos estar distantemente juntos”

Julio Cortázar

Paola Fuentes I.

“Quiero dedicar este trabajo a mi familia, amigos y novio que fueron todo este tiempo un apoyo fundamental en mi vida para que esto sea posible. Gracias por estar siempre junto a mi”

Julia Arias T.

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN
(Se colocan los espacios necesarios)

PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

ÍNDICE GENERAL

Resumen.....	8
Introducción.....	12
 Capítulo 1: Marco Teórico	
1.1. La constitución del sujeto en el campo del Otro.....	14
1.1.1. El estadio del Espejo	15
1.1.2. El complejo de Edipo.....	17
1.1.3. Los tres tiempos del Edipo según Lacan.....	18
1.2 Introducción al Gran Otro.....	21
1.2.1 El Otro Absoluto.....	24
1.2.2 Dios como inconsciente.....	25
1.2.3 El sujeto y el goce en el discurso religioso.....	27
1.3. La Angustia.....	31
1.3.1. Las respuestas del sujeto ante la angustia.....	32
1.3.1.1. La Formación de síntomas.....	33
1.3.1.2 Mecanismos de defensa.....	35
1.3.1.3 La religión como respuesta ante lo traumático.....	41

1.4. Ideas de muerte.....	47
1.4.1. La muerte anticipada.....	48
1.4.2. La Posibilidad de muerte como presencia de lo Real para el sujeto.....	52

Capítulo 2: Marco Metodológico

2.1. Clínica de la urgencia.....	55
2.2 Clínica de la emergencia	57
2.3. Forma de abordaje del Psicólogo clínico.....	58
2.3.1.Dirección de la cura.....	59
2.3.2. Implicación Subjetiva.....	65
2.3.3. Elaboración del duelo.....	69

Capítulo 3: Análisis e interpretaciones

3.1. Práctica Clínica.....	72
3.1.1.Caso #1.....	72
3.1.2.Caso #2.....	75
3.1.3.Caso #3.....	77
3.2. Conclusiones y Recomendaciones.....	79
Bibliografía.....	81

RESUMEN

Ante la presencia de una enfermedad el diagnóstico médico puede producir un alto nivel de angustia en el sujeto. Respecto a esto Freud (1926:2860) nos explica que "... la angustia nació como reacción a un estado de peligro y se reproduce cada vez que surge de nuevo tal estado". Así mismo en "*Angustia, Dolor y Duelo*" resalta cómo la angustia es una reacción al peligro de la pérdida del objeto o como bien Freud también la llamo señal de alarma. Esta angustia puede ser mayor aún en las madres que al tener a sus hijos hospitalizados sienten temor de que puedan morir ante una mala intervención médica. Ante esta realidad que representa una situación de peligro, el sujeto materno va a buscar la manera de bajar su nivel de angustia mediante una respuesta. Al no llegar a sostener lo suficiente el discurso médico a estas madres que se encuentran en angustia, ellas pueden llegar a refugiarse en el discurso religioso. .

Freud resalta nuevamente: "Más habiendo referido nosotros el desarrollo de angustia a la situación peligrosa, preferimos decir que los síntomas son creados para librar al yo de tal situación..." Sin embargo a veces la formación de síntomas no es suficiente para bajar el nivel de angustia si no que en ocasiones el sujeto recurre a un "Gran Otro" que pueda calmarlo. Se trata de ese Otro absoluto del que nos habla Lacan que no puede ser tachado y al no estar tachado como él, puede tener la respuesta a su angustia y tranquilizarlo. Este gran Otro sin falta ni tacha opera muchas veces bajo la figura de Dios, un Dios quien todo lo puede y que va a sanarlo y ayudarlo ante la dificultad por la que está pasando. O bien como menciona Freud (1921:2578) "Cristo es un bondadoso hermano mayor, una sustitución del Padre".

Ante todo lo anteriormente mencionado surge la siguiente incógnita **¿Cuál debe ser la posición del Psicólogo Clínico en relación a la dirección de la cura ante estos pacientes que se sostienen bajo el discurso religioso para bajar el nivel de angustia en el que se encuentran?**

Al encontrarnos realizando las prácticas en una Institución hospitalaria, pudimos constatar que en ciertos casos ante la angustia que surge mediante un diagnóstico médico, ciertos pacientes tienden a refugiarse bajo el discurso religioso para darle un sentido a lo que le está sucediendo. Esto podría provocar la anulación subjetiva ya que deposita toda la responsabilidad en manos del gran Otro Dios y se desarticula con el equipo médico que es quien le otorga las indicaciones específicas ante la situación delicada que se encuentra.

Mediante el espacio de palabra el psicólogo clínico buscará nuevas formas de abordaje, entrando por medio del discurso religioso en el cual se sostiene el paciente, para poder llegar así a la implicación subjetiva.

1. **Angustia**.- Este término es utilizado por Freud para explicar el estado de alerta en el cual se encuentra el paciente ante una situación de peligro. En 1925 Freud conceptualiza la angustia como "reacción ante una situación peligrosa" o señal de alarma ante un peligro interno (como la libido) o externo (como la castración); al mismo tiempo que da un giro completo a sus concepciones puesto que ya no es la represión quien produce la angustia sino la angustia quien causa la represión.

2. **Síntoma**.- Freud lo llama formación de compromiso entre la pulsión del ello y los imperativos del superyó por medio de la formación de síntomas el sujeto busca un equilibrio. Freud postula que la enfermedad psíquica debe su génesis a un conflicto entre fuerzas psíquicas que se oponen. El síntoma surge de ese choque de un impulso psíquico inaceptable para el sujeto que demanda satisfacción y otro agente psíquico también que se le opone. En nuestro psiquismo existen impulsos que por entrar en conflicto con la moral tienen obstruido el acceso a la conciencia. Estos impulsos son reprimidos. Pero lo reprimido no pierde su energía y pugna por abrirse camino. En ciertos casos, el proceso de represión fracasa y no puede impedir el retorno de lo reprimido dando origen al síntoma que es una formación de compromiso porque conlleva la satisfacción del deseo reprimido pero no en forma directa, ya que la parte represora alcanza a "disfrazarlo".

3. **El Gran Otro**.- En el último capítulo del Seminario 4 de Lacan aparece la diferencia entre el otro pequeño y el gran Otro. El pequeño otro(a), se refiere tanto al otro semejante como a la imagen especular, en tanto el otro semejante no es más que una proyección o reflejo del yo. El gran Otro se refiere a una otredad que va más allá de lo imaginario, ya que es una alteridad radical, que contiene la ley y el lenguaje, quedando inscrito en el orden de lo simbólico. Es en la medida de que el Otro es particular para cada sujeto, que el Otro no solo pertenece a lo simbólico sino que es lo simbólico. De esta manera, el gran Otro, es tanto el sujeto que ocupa el lugar de alteridad radical como el orden de lo simbólico (ley, lenguaje, cultura) que aparece como mediador entre el sujeto que ocupa el lugar de gran Otro y el pequeño otro.

4. **Religión.**- La experiencia religiosa proporciona explicaciones globales e interpretaciones acerca del mundo. Las religiones tradicionales se basan en una intensa ceremonia de intercambio de los vivos con sus ancestros y a su vez con el mundo espiritual que les rodea. La gran mayoría de religiones creen que el mundo y la humanidad fueron creados por una fuerza o ser superior. En las religiones monoteístas, Dios está considerado por unanimidad como el padre, consejero y preservador del mundo. Dentro de las politeístas hay habitualmente un dios responsable de la creación. Las interpretaciones simbólicas y literarias que se le pueden dar a las historias acerca de la creación han sido motivo de disputa entre los seguidores religiosos. Sin embargo todos rechazan la idea de que el origen de la vida fue una "mera coincidencia".

Mecanismos de defensa.- El Yo lidia con las exigencias de la realidad, del Ello y del Superyó de la mejor manera que puede. Pero cuando la ansiedad llega a ser abrumadora, el Yo debe defenderse a sí mismo. Esto lo hace bloqueando inconscientemente los impulsos o distorsionándoles, logrando que sean más aceptables y menos amenazantes. Estas técnicas se han llamado mecanismos defensivos yoicos. Cuando los impulsos del ello entran en conflicto con los valores y creencias del superyó, y cuando una amenaza externa es planteada al yo surgen los mecanismos de defensa.

INTRODUCCIÓN

Al encontrarnos realizando nuestras prácticas pre profesionales pudimos observar que uno de los mayores temores que se encuentran presentes en el discurso de los pacientes además del temor a una enfermedad es el temor a la muerte.

Esto hace que en muchas ocasiones el paciente se refugie bajo el discurso religioso buscando la protección de ese gran Otro (Dios) ante la angustia que se le manifiesta. El problema que surge con los pacientes que usan al Otro sin tacha (Dios) para negar la enfermedad de sus seres amados es que en algunas ocasiones llegan a desimplicarse subjetivamente.

Ese Otro absoluto (Dios) se mantiene vigente, pero no logra cubrir todo su discurso sino más bien solo cubre un subcampo de él, que en este caso sería la aparición de la enfermedad. Esto es lo que lo diferencia de los psicóticos, ya que en la psicosis el gran Otro absoluto si cubre toda su palabra.

Sin embargo al quedar cubierto un subcampo de su discurso, el sujeto queda reabsorbido o anulado. Es por esto que creemos necesario explicar cómo debe ser la dirección de la cura en relación a estos pacientes que operan bajo un discurso religioso y han anulado su subjetividad.

El método que hemos utilizado en este trabajo es el método clínico de orientación psicoanalítica lacaniana, que se define como una clínica bajo transferencia: basado en una escucha de lo particular del uno por uno.

Además también hemos utilizado el método exegético el cual consiste en la recopilación de varios textos de los cuales hemos tomado las bases teóricas psicoanalíticas necesarias para poder relacionarla en la práctica clínica.

El presente trabajo está compuesto por 5 capítulos donde se empezara explicando como el Otro siempre ha sido importante en el proceso de la constitución psicológica del sujeto. Luego de esto se realizara una pequeña introducción al gran Otro absoluto donde se explica como cualquier persona puede llegar a estar ubicada en el lugar del gran Otro.

En el caso de los pacientes de los cuales hablaremos en este trabajo monográfico, es Dios quien se encuentra ubicado en esta impostura.

Luego de esto se definirá brevemente lo que es la angustia y sus diversas manifestaciones. Así mismo se explicara cuáles son las distintas intervenciones que podemos realizar como psicólogos clínicos, con pacientes que se encuentran en angustia teniendo en cuenta que nos encontramos de una institución hospitalaria y las posibles intervenciones que se pueden realizar dentro de ella.

Posteriormente se detallará las distintas respuestas a las cuales el sujeto acude para bajar su nivel de angustia mencionando entre ellas el discurso religioso.

Finalmente se explicara en que consiste el rol del psicólogo clínico en relación a la dirección de la cura con pacientes que tras operar bajo el discurso religioso han anulado su subjetividad.

Con el siguiente trabajo monográfico pretendemos realizar un aporte para el personal médico y psicológico dentro de una institución hospitalaria para poder confrontar de manera más eficaz esta problemática y se pueda realizar una correcta intervención terapéutica.

CAPÍTULO I: MARCO TEORICO

1.1. La constitución del sujeto en el campo del Otro

Desde el punto de vista psicoanalítico se puede observar como el niño siempre está ligado al Otro desde su nacimiento. Incluso se explica cómo desde el psicoanálisis no se nace solamente biológicamente si no que se nace gracias al deseo del Otro. En otras palabras se puede decir que es por el deseo del Otro que un cachorro humano, como diría Lacan, puede vivir. El niño no puede realizar por sí mismo sus necesidades vitales, es necesario del Otro materno para que pueda vivir. Nace con una capacidad de succión pero si otro no se la estimula también puede desaparecer.

Así mismo sabemos que el Otro sigue jugando un papel muy importante en cuanto a la constitución de la estructura psíquica del niño en los registros de lo Imaginario, lo Simbólico y lo Real. Cuando hablamos de lo Imaginario debemos recordar que nos referimos a la vertiente de la imagen en el sujeto. En el registro simbólico hablamos de la relación del sujeto con el lenguaje y la cultura. Sin embargo no todo puede ser significado dice Lacan; siempre queda un resto, algo que se le escapa al lenguaje y que sencillamente no tiene palabras, ese resto es lo que Lacan pasa a llamar posteriormente objeto a.

Cuando trabajamos con un paciente es importante determinar la estructura de ese sujeto, lo cual nos permite trabajar de mejor manera en cuanto a las intervenciones a realizar. Para esto debemos tomar en cuenta dos procesos muy importantes en la vida del sujeto que son: el estadio del Espejo y el complejo de Edipo.

1.1.1. Estadio del Espejo

Lacan entra al psicoanálisis por medio de esta teoría. Con esta teorización buscó explicar cómo se constituye el yo del sujeto por medio de la identificación imaginaria que tiene con su imagen proyectada en un espejo, esa imagen que al principio no concibe como propia si no como otro. En esta instancia se puede observar cómo pasa a construirse el registro Imaginario.

Para elaborar esta Teoría Lacan se basó en Bolk un neurólogo que mediante la observación de niños que se encontraban entre los seis y dieciocho meses de edad, llega a determinar que el ser humano cuando nace está fisiológicamente inacabado, lo que lo coloca en una posición de desamparo.

Como se explicó anteriormente el niño para poder sobrevivir necesita de los cuidados y del amor de Otro que desee que viva. Es así como Lacan apoyándose de esta teoría pasa a decir posteriormente que el sujeto nace desarticulado, fragmentado e incompleto.

Al principio el niño sólo es un conjunto de sensaciones desarticuladas, pero en sí no se concibe como una imagen de corporeidad completa; esta pasa a construirse posteriormente a partir del Otro. Es decir que el niño pasa de ser “piezas sueltas” de una estructura, a construir su yo, este yo que llega a ser una ilusión de completitud.

Cuando el niño se encuentra frente al espejo se llena de júbilo al contemplar una imagen completa. Sin embargo el niño no logra identificar esta imagen como propia ya que él no se siente así, por lo que surge un pequeño conflicto entre lo que siente y lo que ve.

Es ahí donde una vez más se ve la importancia de la intervención del Otro, ya que a través del discurso de ese Otro, el niño va a pasar a concebir la imagen que observa como propia. Cuando el niño se encuentra observándose en el espejo el Otro primordial que en muchos casos es la madre, es quien pasa a decirle “ese eres tú”.

Aquí se puede ver como también empieza a construirse un registro primitivo de lo simbólico ya que por medio del lenguaje el niño podrá significar que aquella imagen proyectada es él. Entonces construye su Yo a partir del Otro. Es por esto que para Lacan el Yo se realiza por una identificación imaginaria especular entre el Yo y el otro.

A medida que el niño va logrando percibirse como una unidad completa y llega a ponerle límites a su corporeidad puede llegar a tener una representación mental de sí mismo, constituyendo así una imagen psicológica de su cuerpo. Así junto con los significantes simbólicos que va adquiriendo de los Otros va a terminar de construir su imagen corporal.

Entonces para concluir podríamos decir que el sujeto para poder representarse necesita encarnarse en un cuerpo, ese cuerpo completo que observa a través de la imagen especular. Así logra construir su Yo, a partir de la imagen que al mismo tiempo que es un otro, es él mismo y a través de la ayuda del Otro primordial, es que el niño puede posteriormente reconocerse.

1.1.2. El complejo de Edipo

Es importante recordar lo que Freud llamo “El complejo de Edipo” el cual según él juega un papel muy importante en la estructuración del sujeto y es lo que nos va a permitir posteriormente definir la estructura psíquica del paciente con el cual nos encontremos trabajando.

El complejo de Edipo se produce entre la edad de tres a cinco años de vida. En esta edad el niño y la niña empiezan a notar la diferencia anatómica que hay entre ellos con la presencia o ausencia del pene; en un primer tiempo la madre es objeto de amor tanto del niño como de la niña, sin embargo posteriormente este proceso llega a ocurrir de manera distinta entre el niño y la niña.

Durante este periodo el niño siente una fijación hacia su figura materna y por temor a la castración decide renunciar a ella y toma al padre como referente para tomar los significantes masculinos necesarios para en un futuro poder llegar a tener una mujer como su madre pero que no es ella.

Mientras el niño sale del Edipo por temor a la castración, la niña entra a él por descubrirse castrada. Al notar la diferencia anatómica anteriormente nombrada la niña descubre que ella no tiene el falo y que por lo tanto su madre tampoco puede tenerlo por lo que ocurre un conflicto con su figura materna. Es ahí cuando desvía su mirada hacia su padre sabiendo que si ella no tiene el falo su padre sí, y que sólo él va a poder otorgárselo.

Sin embargo posteriormente al descubrir que el objeto de amor del padre es su madre, al igual que el niño pasa a tomarla a ella como referente del cual tomar los significantes femeninos para en un futuro poder tener como pareja a un hombre como su padre pero que no es él.

Podríamos decir así que en el cuadrángulo madre-niño-falo-padre tanto en el niño como la niña llegan a manifestar amor y odio hacia sus padres y que luego sus deseos sexuales infantiles son reprimidos y registrados en el inconsciente con el nombre de represión secundaria.

1.1.3. Los tres tiempos del Edipo según Lacan

Lacan quiso profundizar esta teoría freudiana por lo que pasa a explicar este proceso de mejor manera en tres tiempos lógicos, no cronológicos donde se tendrá la importante intervención de lo que él llamó el Nombre del Padre. Es importante recalcar el hecho de que esto es sólo un significante y que no necesariamente nos estamos refiriendo a un padre, si no que lo importante es que se realice la metáfora paterna. En otras palabras que pueda quedar instaurada la prohibición del incesto del niño hacia sus padres.

Lo que está en juego es el deseo del niño en relación con el deseo de la madre y la eficacia de la función de la metáfora paterna anteriormente mencionada. En los tres tiempos es donde se va a establecer la estructura psíquica de sujeto y su fantasma.

Lacan nos habla de tres tiempos lógicos que son necesarios para la constitución del sujeto. En cuanto al primer tiempo nos explica la alienación existente entre el niño y la madre, al principio son uno solo. En primera instancia el niño es un objeto que está ubicado en el deseo de la madre. Él lo es todo para ella y la completa. Lacan dice que este primer tiempo es necesario para que el niño viva, y que si no fuera por el deseo materno, éste moriría.

Por eso es que desde el psicoanálisis el niño no solamente nace biológicamente, sino que nace en el deseo del Otro; es el Otro el que desea que viva. Pero así mismo Lacan dice que luego es necesario que el niño salga de esta alienación para que pueda introducirse la falta, si se queda alienado corre el peligro de ser devorado por el deseo de la madre y quedarse atrapado en lo que Lacan llama relación mortífera.

Aquí Lacan introduce su segundo tiempo lógico, donde habla de ese tercero (nombre del padre) que viene a romper el lazo entre la madre y el hijo y a instaurar la falta tanto en el niño como en la madre. El niño se da cuenta de que él no es todo para su madre, sino que también hay algo más, que su madre también desea otras cosas. Surge la incógnita ¿qué es lo que desea mi madre?.. lo que mi madre desea lo tiene mi Padre.

Al salir del lugar del deseo de la madre se introduce la tachadura y al subjetivar la castración el niño entra en la neurosis. En cuanto al tercer tiempo lógico Lacan dice que es el paso de ese padre castrador a un padre posibilitador dador de referentes, para que así haya una correcta identificación con los significantes sexuales.

El tercer tiempo posibilita al niño a que más tarde pueda hacer uso de su sexo. El padre no debe ser la Ley sino más bien portador de la ley. El nombre del padre no es un NO rotundo sino más bien es llevar la pulsión a otro lado; es un NO, pero esto de acá SI.

Una vez que se han establecido las identificaciones imaginarias y simbólicas se va a construir a partir de las fantasías, el fantasma; que se construye en base a las respuestas que elabora el sujeto en relación al deseo del Otro.

El ser humano al ir atravesando los tres tiempos puede ir estableciendo varias respuestas ante el deseo del Otro. Estas respuestas surgen desde temprana edad incluso, y suelen tener su origen en la sexualidad infantil. Freud explica que la sexualidad puede ser traumática para el sujeto ya que aparece a muy temprana edad cuando el niño no tiene los significantes suficientes para poder explicar lo que le está sucediendo a su cuerpo.

Como lo sexual representa un enigma para el niño, al carecer de los significantes necesarios él va a buscar responder a este enigma mediante la construcción de fantasías; y por medio de estas fantasías primarias el niño elabora sus teorías sexuales. Sin embargo posteriormente viene a operar la represión por medio de la privación paterna.

En cuanto a la construcción del fantasma es importante recordar que el fantasma es aquella respuesta que viene a contestar qué es lo que desea el Otro. Es la manera por la cual el sujeto va a poder representarse en el mundo y es ese velo que tapa la angustia que puede llegar a causarle la incógnita del deseo del Otro.

Es por esto que decimos que cuando surge la angustia es porque hay una rasgadura del fantasma. Con la estructuración del fantasma el sujeto intenta mantenerse en equilibrio, y Lacan explica que todo aquello que va más allá del principio del placer y genera placer más dolor es lo que llama goce, aquello con lo cual responde nuestro fantasma.

1.2. Introducción al gran Otro

Como fue explicado en el capítulo anterior, el Otro cumple una función de vital importancia en todos los procesos necesarios para la estructuración psíquica del sujeto. Sin embargo es necesario diferenciar lo que es el Otro de lo que es el gran Otro.

Cuando hablamos del gran Otro nos referimos a ese Otro que no tiene ni tacha ni falta; es un Otro que se encuentra por encima de todo, en un lenguaje universal. En cambio cuando hablamos del otro con minúscula nos referimos a un otro que si tiene tachadura, es otro semejante que goza de falta igual que cualquier sujeto.

En su seminario II Lacan (1955-355) manifiesta que “Hay que distinguir, por lo menos, dos otros: uno con A mayúscula y otro con una a minúscula que es el yo. En la función de la palabra de quien se trata es del Otro”

Por medio de esto podemos explicar que cuando hablamos del Otro (A) estamos refiriéndonos al plano de lo simbólico; de aquel significante que está constituido por la ley o el lenguaje según el cual el sujeto va a llegar a colocar su deseo. El otro con minúscula está situado más bien en el plano de lo imaginario; es decir es otro semejante que no es otra cosa que una proyección del yo. Por esta razón es que se observa que en la cita Lacan habla del yo, ya que como se explicó en el capítulo anterior la construcción del yo se da por medio de una identificación imaginaria.

Ahora bien es importante mencionar que así mismo que la figura del gran Otro es particular para cada sujeto. Según Lacan el gran Otro puede ser al mismo tiempo el prójimo y a la vez todo el conjunto de sujetos que conforman la cultura y la sociedad. Por esta razón es que el Otro es llamado “tesoro de los significantes” (Lacan: Ibid) ya que es desde esta entidad particular de donde el sujeto va a recibir los significantes.

El gran Otro es sujeto y a la vez no lo es. Por un lado es sujeto porque no podemos hablar de otro sin un sujeto que lo encarne. Sin embargo a la vez decimos que no es sujeto porque no existe sujeto alguno que llegue a coincidir totalmente con ese Otro sin tachadura. Ningún sujeto puede llegar a poseer todos los significantes ya que todos estamos en falta, por lo tanto finalmente el Otro termina siendo también una construcción imaginaria.

Pero decimos que el Otro se encuentra en el orden de lo simbólico también, porque no tiene corporeidad, si no más bien nos referimos a algo vacío, que no podemos tocar, nos referimos más bien al plano de la palabra, la ley o la cultura. Es por esto que Lacan (1955-274) menciona que *“El gran Otro debe ser comprendido como un lugar en el cual la palabra se constituye.”*

Por lo tanto cualquier otro semejante puede llegar a cumplir la función del gran Otro. En un principio sabemos que es la madre quien ocupa este lugar, pero luego posteriormente cualquier otro puede llegar a encarnar a ese gran Otro. El Otro es una entidad que es soporte, que habla, que castiga y hace un corte. Cualquiera puede ser el Otro para alguien, sin embargo el que sea un Otro para alguien no significa que lo vaya a ser para otro sujeto.

Es a partir de 1957 donde Lacan habla del Otro tachado. Por medio de esto busca ilustrar a aquel sujeto que ocupa el lugar de gran Otro, pero ahora como un sujeto en falta, no completo y absoluto. Es así como explica que ese Otro en el cual se constituyen todos los significantes está incompleto, de manera tal que el gran Otro completo (A) no existe, si no que más bien se trata de algo mítico.

1.2.1. El Otro absoluto

Ahora bien que se ha explicado que el gran Otro sin tacha no existe, vamos a introducir otro término del cual también debemos hacer diferencia. Se trata del Otro absoluto. En 1956 en su seminario III Lacan introduce por primera vez éste término buscando explicar en qué forma Dios era solicitado en el discurso delirante de Schreber, un sujeto de estructura psicótica paranoide. Schreber creía que él era la mujer de Dios, y que era necesario su acoplamiento para poder engendrar una raza nueva de hombres.

Lacan explica que en la psicosis la relación con el Otro sólo es posible en la medida en que el sujeto desaparece o se auto aniquila para que surja de la heterogeneidad radical de otro absoluto que lo puede todo bajo la figura de un Dios terrorífico. Esto se produce porque en la psicosis no hay separación si no que se queda alienado al otro. En esta alienación el sujeto no llega a simbolizar la falta y por lo tanto el Otro nunca estará en falta y lo puede todo; es otro sin tachadura alguna.

Es importante recalcar el hecho que los procesos psíquicos anteriormente explicados no ocurren de la misma manera en la psicosis. En cuanto al estadio del espejo en la psicosis el sujeto no llega a constituir esta imagen de corporeidad completa si no que algo queda desarticulado. Es por esto que en la esquizofrenia se observa el síntoma en el cuerpo en el cual el sujeto muchas veces concibe el mismo como fragmentado.

En el complejo de Edipo en cambio el nombre del padre se encuentra forcluido por lo que el sujeto psicótico no llega a simbolizar la falta ni llega a saber de la regulación del goce. Se queda atrapado en la alienación con el Otro ya que nunca ocurre el corte. Al no poder significar la tachadura tampoco concibe la tachadura en el Otro, por lo tanto es Otro que lo puede todo.

Ahora bien es importante explicar que en una Institución Hospitalaria podemos encontrarnos con sujetos que operan bajo el discurso religioso pero que no son necesariamente psicóticos. Ese Otro sin tacha es el Otro preliminar, que los psicóticos mantienen disociado de los objetos. Pero, en los sujetos que se encuentran en angustia pueden llegar a utilizar al A sin tacha para negar su enfermedad o la de sus allegados, ese Otro absoluto se mantiene vigente, pero no cubre toda su palabra. Eso los distingue de los psicóticos. Es decir, psicotizan un subcampo de su discurso –y en ese subcampo, el sujeto queda reabsorbido o anulado.

1. 2.2 Dios como inconsciente

Para Lacan Dios ex – siste, en el sentido de ser aquello que queda excluido, una exterioridad que podemos nombrar extimidad. Dios es inconsciente; Dios es el inconsciente. En el nombre del Padre resuena toda una tradición religiosa que alude a Dios. El Nombre del Padre, es ningún nombre, es pura marca innombrable.

Posteriormente cuando Lacan habla del nudo borromeo explica que el Nombre del padre es lo que viene a anudar los tres registros de lo Simbólico, lo Imaginario y lo Real. Para Lacan Dios es la represión misma, no se puede despachar a Dios fácilmente, ya que en sí el ateísmo no va a eliminar la sumisión a Dios. Para Lacan darle un lugar se trata más bien de cercar su lógica, es decir hacer escritura.

Dios es padre, a veces ilusión de un amparo absoluto, en otras ocasiones es amenaza de castigo absoluto. Un Dios que pronuncia lo que desea de su hijo: lealtad absoluta a su ley. Un padre que enteramente jugado en lo simbólico, que exige una renuncia pulsional tal que prohíbe toda representación, toda idea sensible más allá de lo cifrado por su ley.

También Dios es padre, un padre del pueblo, padre primordial, acaparador de todo goce posible. Será un asesinato lo que lo convierta en padre, en ley, en pacto entre hermanos y renuncia pulsional, es decir, en palabra. Para Lacan la noción misma de padre está agujereada; el Nombre del Padre será ese lugar Otro que no puede poseer todos los significantes y que por lo tanto se encuentra en falta.

Lo que Lacan busca proponer es un clivaje entre Dios y el padre. Entonces afirma que Dios es inconsciente. En la separación entre Dios y el padre, Lacan intenta retornar al ámbito de lo real a este Dios. " Los dioses son de lo real".

Invita a la creencia en relación de que con aquello que no se deja descifrar absolutamente, sólo resta creer. Lacan cree en Dios en este sentido. La relación de creencia se plantea como la única relación posible con aquello que resiste al desciframiento. Aunque esto no impide su escritura, escritura que supone darle un lugar en la estructura, y con esto la posibilidad de producir un saber hacer allí.

1.2.3. El Sujeto y el goce en el discurso religioso

En este capítulo más bien nos vamos a detener en la estructura obsesiva, ya que de cierta manera buscamos plantear que desde esta estructura se puede encontrar cierto goce en la impostura religiosa.

Como bien se sabe desde el psicoanálisis el obsesivo no soporta la falta en el Otro y justamente viene a colocarse como “oblación” para poder colmar la falta del Otro. Pensamos que justamente se trata de darle un sentido a lo que le está sucediendo bajo la justificación de que es “voluntad divina”; por lo tanto es como decir “me ofrezco en sacrificio porque esa es la voluntad de mi Padre”.

Jacques-Alain Miller en “leer un síntoma” sostiene que el goce es lo propio del cuerpo como tal; en ese sentido el cuerpo es lo que goza, pero reflexivamente. Un cuerpo es lo que goza de sí mismo, es lo que Freud llamaba autoerotismo. Es entonces donde nos preguntamos si no hay cierto goce por parte del obsesivo al momento de encontrarse frente a un padecimiento en su vida, que en este caso puede ser la patología por la que está pasando ya sea él o un ser querido.

Mencionamos que hay cierto goce porque mediante su padecimiento, articulado al discurso religioso bajo el que opera, encuentra un sentido y una justificación con la cual todo puede volver a estar bajo control nuevamente. Su padecimiento ya no es un imprevisto, lo cual no soportaría, si no más bien es el deseo del Otro, que en este caso es Dios.

Juan Carlos Indart en su trabajo “La clínica de la no relación sexual: A propósito de la Neurosis Obsesiva” (pp 128) menciona lo siguiente:

“...hay un borde con algo real y que hay, efectivamente, la obtención de ese goce, y puede haber un goce en hacer una vida que está situada sobre la base de un crédito, por decir así, y que uno va pagando en cuotas de vida, y que cuando va pagando encuentra en eso un sentido y un goce..”

Pues bien vemos así como no necesariamente el padecimiento para el paciente debe ser angustioso, porque si está articulado al deseo del Otro (esto es lo que desea mi Padre Dios), este “pagando en cuotas de vida” como menciona Indart, toma otro sentido. Se trata de un “Vivir para pagar y cumplir lo que nos demanda el Otro” (Ibid pp127). El obsesivo está siempre referido a la demanda del Otro.

Además no se trata solamente del ofrecerse como oblación para satisfacer el deseo del Otro, sino que también se trata de un reconocimiento de su sacrificio de amor. Ese sacrificio que conlleva su enfermedad pero que lo hace por amor a su Padre Dios.

En el artículo “La neurosis Obsesiva en el último periodo de enseñanza de J. Lacan” (pp 94) se menciona: “Se destaca siempre la importancia de la conciencia escópica en el equilibrio obsesivo”. Juan Carlos Indart también resalta como la función del objeto se presenta especialmente en el plano de la mirada y que es la cara de este amor “erotomaniaco”.

Incluso utiliza el ejemplo del “Hombre de las ratas” donde él tiene una fantasía en la cual renuncia a la mujer que ama y luego ayuda a su rival cuando este pasa por un problema” Indart explica cómo se trata de una doble renuncia por amor, pero que en realidad lo que el hombre de las ratas quería era que su amada llegara a reconocer su sacrificio de amor. Es toda una pantomima para ser mirado.

Juan Carlos Indart manifiesta que “es erotomanía al decirnos que acá el amor empieza a buscar la certeza de ser amado a nivel del absoluto Gran Otro, de Dios, y que justamente el amor se dirige a eso y, es por eso que, empieza el tema de renunciar al objeto de amor, para lograr que el Otro nos ame, y vemos en estas fantasías un cierto empuje en esta dirección”

Su sacrificio no es un sacrificio silencioso, se trata de que el Otro mire su sacrificio. Es por esto que nuevamente sostenemos que hay un goce en este padecer de la enfermedad, ya que así puede lograr su objetivo que es que los demás reconozcan el sacrificio de amor que hace por su Padre Dios.

Entonces vemos como por medio de su enfermedad puede estar sujeto al deseo del Otro (es la voluntad de mi Padre), puede ser mirado por el otro, es decir ser reconocido (plano escópico) y finalmente a través de todo esto su padecimiento toma un sentido y ya no es algo imprevisto.

Una vez más citamos a Indart en el libro anteriormente mencionado con la siguiente frase: “un gran A sin barrar, fuese por la consistencia de la demanda del Otro, fuese por la consistencia de un mundo todo fálico; un dato que arruina nuestras concepciones de un Gran Otro completo, es esa característica impredecible, azarosa, imposible de la muerte, y que entonces el obsesivo de afana él también por calcular todo, pensar todo, etc”

Al no soportar lo imprevisto el obsesivo viene a darle cierto sentido a lo que le sucede bajo el discurso religioso, es por esto que siempre escuchamos en ellos la frase “Dios sabe por qué hace las cosas, aunque ahora no entiendas lo que sucede Dios sabe porque lo hace”.

Entonces todo vuelve a ser calculable y racionalizado, su enfermedad es la voluntad del Padre y por eso la está padeciendo. Al padecerla puede pagar así mismo la falta, y mediante su sacrificio de renuncia mediante su padecimiento corporal puede ser reconocido por el Otro. Es así como su enfermedad articulada bajo el discurso religioso puede llegar a producir cierto goce en la neurosis obsesiva.

1.3. La Angustia

Es así que mediante la explicación anterior podemos llegar a decir que el sujeto no quiere saber de lo “imprevisto”, porque esto le causa angustia, pero ¿Qué es la angustia?. En este capítulo nos enfocaremos en definir este término y así mismo explicar los distintos estados de angustia a los que el sujeto puede llegar. Aquí también abarcaremos los diferentes modos de intervenciones que se debe realizar para cada uno de los estados.

Freud (1926) explica que “la angustia nació como reacción a un estado de peligro y se reproduce cada vez que surge de nuevo tal estado”. En otras palabras podemos decir entonces, que la angustia es la reacción al peligro. Al encontrarnos realizando las prácticas en una Institución Hospitalaria, pudimos notar que esta situación de peligro está ligada en gran parte al temor de la pérdida del objeto; al ser esta situación percibida como peligrosa, surge la angustia como señal de alarma.

El sujeto no quiere saber sobre la pérdida, y dentro del discurso médico esta idea está vigente. Es común escuchar que en una de las intervenciones quirúrgicas puede llegar a perderse algún miembro corporal o incluso en el caso de madres el llegar a decirles que en alguna intervención médica, su hijo quien viene a representar su objeto de amor puede llegar a fallecer en la cirugía. Es por esto que es muy común encontrarse con manifestaciones de angustia cuando se trabaja dentro de un hospital.

Respecto a esto Freud (ibid) menciona que: “el dolor es, pues, la verdadera reacción a la pérdida del objeto, y la angustia, la verdadera reacción al peligro que tal pérdida trae consigo y, dado un mayor desplazamiento, una reacción al peligro de la pérdida del objeto mismo”.

1.3.1. Las Respuestas del Sujeto ante la angustia

Una vez explicada la angustia podríamos decir que ante alguna circunstancia de peligro el Yo del Sujeto buscará mantener un equilibrio buscando reducir el grado de ansiedad reaccionando de manera defensiva. El tipo de defensa dependerá evidentemente de la estructura psíquica del sujeto.

Como psicólogos nuestra tarea consiste en bajar el nivel de estas defensas tratando de instaurar la demanda y dirigiendo al paciente a asumir la responsabilidad sobre lo que le pasa.

Entre las circunstancias más comunes dentro de una Institución Hospitalaria el psicólogo debe confrontar la formación de síntomas, los mecanismos de defensa y el discurso religioso utilizado como refugio. Al no querer saber sobre la angustia los pacientes toman estas medidas mencionadas buscando así una aparente estabilidad emocional.

1.3.1.1. La formación de síntomas

Existe una especie de relación entre la angustia y el síntoma, ya que la angustia al ser percibida por el sujeto como una situación de peligro, el sujeto al no querer afrontar aquella situación angustiosa busca una respuesta inmediata que es la formación de síntomas.

En este caso podemos citar a Freud (1926 :pp 2866), cuando menciona que: “toda formación de síntomas es emprendida con el solo y único fin de eludir la angustia”.

Más adelante así mismo Freud (1926 :pp2867) resalta que: “más habiendo referido nosotros el desarrollo de angustia a la situación peligrosa, preferimos decir que los síntomas son creados para liberar al yo de tal situación”.

Es decir que una vez más podemos concluir diciendo que por medio de la formación de síntomas el sujeto puede llegar a suprimir aquella situación concebida como peligrosa que en este caso sería el diagnóstico médico.

De manera general sabemos que en la neurosis lo que caracteriza al sujeto es que siempre está en conflicto entre la pulsión y la defensa. Lacan le da al Yo el estatuto de síntoma, ya que él pasa a formar síntomas, cumpliendo su rol como mediador entre dos dimensiones pulsionales que son el ello y el superyó.

El aparato psíquico siempre va a buscar mantener al sujeto en equilibrio es por esto que el Yo es un negociador entre las pulsiones del ello y los imperativos de superyó, es así que podemos decir que mediante el síntoma el sujeto encuentra una especie de salida frente a la angustia.

El síntoma tiene un beneficio primario y otro beneficio secundario, en cuanto al beneficio primario sabemos que lo que busca es justamente el equilibrio del aparato psíquico como ya ha sido explicado. El beneficio secundario tiene que ver más bien con el aspecto social y cómo el sujeto se acomoda al síntoma de tal manera que pueda satisfacer la pulsión dentro de estándares socialmente aceptados, es decir cumplir al mismo tiempo los imperativos del superyó.

Freud también explica que a medida que el Yo va produciendo síntomas lo que esté busca es que haya una integración entre la prohibición y la satisfacción. Por eso es que habla de que el síntoma tiene dos puntos: ejecutar cierto mandamiento y luego suprimir lo hecho en el momento anterior.

Un ejemplo muy concreto donde se puede evidenciar lo anteriormente mencionado es el caso de la neurosis obsesiva, donde por medio de la culpa la prohibición y la penitencia el sujeto encuentra cierto nivel de satisfacción. Respecto a esto Freud (1926 pp2848) alude que "...La formación de síntomas alcanza un triunfo cuando consigue amalgamar la prohibición con la satisfacción de una manera tal que lo que originalmente fue un mandamiento defensivo o una prohibición adquiere también la significación de una satisfacción..." Es así como vemos que el síntoma viene a tapar la angustia haciendo como una especie de velo que lo recubre.

1.3.1.2. Los mecanismos de defensa

Frente a la angustia el sujeto puede presentar varios tipos de respuesta. Como fue mencionado anteriormente la formación de síntomas puede llegar a ser una de las soluciones que puede encontrar el sujeto. Sin embargo también puede surgir otro tipo de respuestas como son las conductas defensivas. Bleger en su obra *Psicología de la Conducta* menciona que Freud utilizó el término defensa por primera vez en 1894 en su estudio de *Neuropsicosis de defensa*.

Aquí Bleger (2007: pp189) explica que: “Las conductas defensivas son las técnicas con las que opera la personalidad total, para mantener un equilibrio homeostático, eliminando una fuente de inseguridad, peligro, tensión o ansiedad.”

Podemos decir que al igual que la formación de síntomas las conductas defensivas buscan bajar el nivel de angustia en el sujeto, cuando éste se encuentra en conflicto.

Bleger así mismo resalta que es importante comprender que cuando hablamos de conductas defensivas no necesariamente estamos haciendo referencia a una patología, sino que estas conductas intervienen normalmente en la neurosis, toda conducta defensiva ocurre a nivel del Yo.

Podríamos inferir entonces que de cierta manera que aunque el mecanismo defensivo es consciente, la elección de un mecanismo determinado es inconsciente, en otras palabras podríamos señalar que a pesar de que el sujeto se da cuenta de que forma reacciona ante un evento conflictivo, desconoce el motivo por el cual reacciona de esta manera.

Entre las conductas defensivas encontramos: proyección, introyección, regresión, desplazamiento, represión, conversión, aislamiento, inhibición, racionalización, formación reactiva y sublimación.

En cuanto a la proyección podemos decir que esta conducta defensiva consiste en otorgar a algún objeto externo, alguna característica propia del sujeto pero que éste desconoce. Así mismo puede darse el caso de que se trate de una característica que el sujeto no acepta de sí mismo y se lo atribuya a otro.

De la misma manera puede ocurrir que el sujeto proyecte sobre otro objeto algún evento vivido con un objeto percibido como frustrante; es entonces cuando se percibe a este “último objeto” como una amenaza.

La introyección es otra conducta defensiva que se trata más bien de lo contrario de la proyección, es decir que es cuando un sujeto asimila característica de un objeto externo como algo propio. La introyección puede ser parcial o total, parcial en cuanto se incorpora una parte del objeto y total cuando se lo incorpora en su totalidad.

En los casos de duelo al producirse la pérdida del objeto, el sujeto puede llegar a incorporar, características de dicho objeto perdido como algo propio, un ejemplo básico que podemos usar es un caso citado por Freud, cuando un niño al perder a su gato, luego empieza a tomar características de este felino llegando a caminar en cuatro patas y a maullar.

La siguiente conducta defensiva de la cual hablaremos es la regresión. Esta conducta consiste en la actualización de alguna conducta que corresponde a un periodo anterior. Cuando el sujeto se encuentra ante una situación que no puede resolver, puede llegar a actualizar conductas que han sido adecuadas en otro momento de su vida. Es importante recalcar que no se trata de revivir conductas pasadas ya que de lo que se trata es de conductas nuevas que se encuentran en un esquema o estilo que pertenece al pasado.

El Desplazamiento es una conducta defensiva en la cual, lo que ocurre es que las características de un objeto o la proyección que hay sobre el mismo se difunden sobre otro objeto, pero que de alguna manera se encuentra relacionado o asociado con el primer objeto. Esta conducta defensiva es mayormente frecuente en las fobias ya que al encontrarse con un objeto ambivalente (amor-odio) el sujeto desplaza el sentimiento negativo que siente hacia un objeto amado a otro objeto, logrando así mantener la relación de amor con el primer objeto.

Otra conducta defensiva es la Represión. Bleger (pp196) resalta que consiste en una: “limitación de la capacidad funcional del Yo y de la personalidad total”. Lo que ocurre en la represión es una negación de una realidad percibida como desagradable o tormentosa, llegando al punto de pensar que aquella situación u objeto nunca hubiera existido.

Existe una conducta defensiva que es muy usual en la neurosis histérica, estamos hablando de la Conversión. Respecto a esta conducta defensiva Bleger (pp.196), define que: “uno de los términos del conflicto se fija como conducta en algún área del cuerpo en forma de síntoma o manifestación orgánica”.

La representación mental está constituida por la idea y afecto. En la histeria cuando el sujeto se enfrenta ante un evento percibido como amenazante la idea insoportable es mandada al inconsciente mientras que el afecto a un área del cuerpo, pero no a cualquier área, sino a un área que sea significativa para el sujeto.

Es por esto que es muy común observar en el hospital que ciertas madres empiezan a sentir en el cuerpo los mismos síntomas de las enfermedades que les fueron diagnosticadas a sus hijos, a pesar de que ellas no tienen la misma enfermedad. Esta es una forma de tramitar esta angustia al llevarla al cuerpo.

La conducta defensiva de la que hablaremos a continuación es la Negación. En esta conducta defensiva ocurre “un distanciamiento de la conducta ligado a uno de los objetos parciales como forma de impedir la reaparición del objeto reprimido o negado” Bleger (ibid). Se puede decir entonces que lo que ocurre es que el sujeto separa aquella situación u objeto insoportable para no pensar en ello.

Es muy común observar esto en pacientes que no desean hablar y que sólo se pasan rezando una y otra vez, lo cual les ayuda a no pensar en aquella situación angustiante por la que se encuentran pasando dentro de la Institución Hospitalaria.

La Inhibición también es considerada como una conducta defensiva. Freud (1926:pp2835) define a las inhibiciones como “restricciones de las funciones del Yo, bien como medida de precaución, bien a consecuencia de un empobrecimiento de energía”. Este empobrecimiento de energía se debe a que se puede estar consumiendo alguna función psíquica ya sea por duelo o por represión. En cuanto a las “restricción de la función del yo”, podemos decir que de cierta manera el Yo renuncia a una función específica para así no entrar en conflicto ni con el ello, ni con el superyó.

La conducta defensiva que describiremos ahora es la Racionalización. Lo que ocurre en esta conducta defensiva es que el sujeto para no enfrentarse ante la situación amenazante o conflicto otorga razones o argumentos que encubre lo que realmente siente.

Para esto Bleger pone como ejemplo la fábula de la zorra, quien al no poder alcanzar las uvas, niega que las desee aludiendo que están verdes. Es así como vemos que por medio de un razonamiento el sujeto busca negar una realidad para no afrontar lo que está ocurriendo.

La siguiente conducta defensiva que mencionaremos es la Formación Reactiva. Mediante esta conducta defensiva el sujeto reprime totalmente una conducta que no acepta de sí mismo y empieza actuar de manera totalmente contraria al sentimiento primitivo. Bleger (pp198) respecto a esto menciona “ es el caso del sujeto que tiene que luchar con tendencias amorales o perversas y no solo manifiesta la conducta ligada al objeto bueno sino que ésta es más intensa de tal manera que se concibe como hiper moral”.

Finalmente mencionaremos a la Sublimación a la cual simplemente definiremos como una conducta defensiva en la que el sujeto busca canalizar la pulsión mediante actividades que son socialmente aceptadas. Entre los ejemplos más comunes podemos encontrar el arte, la cultura, la poesía, la religión, etc. Miller la llama la socialización del goce.

En nuestras prácticas hemos podido observar que dentro de las instituciones hospitalarias los mecanismos más frecuentes son: la negación, represión y racionalización.

En muchas ocasiones hemos podido constatar que cuando el paciente empieza a elaborar estos recuerdos reprimidos, surge una implicación por parte de él, logrando que empiece a notar como su reacción ante un diagnóstico médico está ligada a un suceso infantil.

La negación así mismo se nota sobre todo en aquellos momentos donde a los pacientes se les da a conocer el diagnóstico médico, el sujeto al no querer aceptar la enfermedad busca negar la realidad pensando que el diagnóstico es incorrecto y que deben buscar otros especialistas.

Y por último la racionalización. Hemos encontrado en la institución hospitalaria el uso de Dios como aquel que puede sanarlos; o es aquel que los está castigando por un pecado cometido. De esta manera buscan darle un sentido a lo que se encuentran padeciendo alegando que es un designio divino.

1.3.1.3. La religión como respuesta ante lo traumático.

Si bien hemos explicado que la muerte es algo desconocido para el hombre, es cierto que también se han creado ciertas hipótesis acerca de lo que puede ocurrir después de la muerte. Y es que justamente es ahí donde deriva la angustia; no tanto por el hecho de la muerte en sí; sino más bien, por el hecho de que surge la incógnita sobre qué es lo que ocurrirá luego de ella. Aunque ninguna de estas teorías ha sido comprobada científicamente, cada una de ellas viene a dar cierto tipo de respuesta ante este vacío que significa el fallecer. Es por esto que decimos que ante la angustia que puede producir la

idea de muerte, el discurso religioso viene a producir una especie de homeostasis logrando así metabolizar esta idea en el sujeto. Esta respuesta va a depender del contexto religioso, social y cultural del sujeto.

En cuanto al discurso religioso cristiano la creencia consiste en una “vida eterna” en la cual el ser humano vivirá por siempre junto a su creador (Dios) en la eternidad (Cielo), si éste ha cumplido todos los designios divinos durante su estadía aquí en la tierra. Dios destinó a sus antiguos profetas cuáles eran sus designios. A uno de ellos llamado Moisés le entregó la tabla de los diez mandamientos en los cuales le decía al hombre cómo debía comportarse para ser agradable ante sus ojos. Sin embargo por el pecado de Adán y Eva el Hombre no podía ir al Cielo sino que iban a un lugar llamado el “seno de Abrahám” el cual se encontraba en el infierno, pero los demonios no tenían acceso.

Luego de que mandó a su único hijo a la tierra y éste vuelva a indicar cada una de las cosas que el hombre debe hacer para vivir correctamente, entregó su vida en una cruz para salvar a la humanidad y así las puertas del cielo puedan abrirse nuevamente. Si el hombre ha llevado una vida correcta según los designios divinos de Dios y la enseñanzas de Jesucristo podrá ir al cielo, el cual no es un lugar si no un estado en el cual no volverá a sentir la ausencia de Dios.

Si por el contrario ha llevado una vida en la cual ha pecado constantemente, su alma será condenada al infierno donde padecerá eternamente ya que en este estado por primera vez el alma sentirá lo que es la ausencia de Dios total.

Como el alma fue creada para estar con Dios sufrirá eternamente porque nunca podrá acceder al cielo.

En la antigüedad los egipcios tenían una religión politeísta¹. Ellos también creían en que existía vida después de la muerte, por lo que cuando los faraones morían, éstos eran enterrados con todas sus riquezas para que así pueda hacer uso de ellas en su próxima vida.

Aquí también empieza la práctica del embalsamamiento, la cual consistía en que los servidores del faraón extirpaban todos los órganos de su cuerpo para que éste se mantenga incorrupto y así mismo pueda ser utilizado en su próxima vida. Sin embargo no todos los órganos eran extirpados; el corazón era lo único que se le dejaba antes de momificarlo.

El corazón era dejado ya que la creencia residía en que Anubis² conducía al espíritu del faraón ante la presencia de Osiris³ y dejaba su corazón en una balanza para que sea pesado con una pluma que representaba la verdad, la justicia y la armonía universal. El juicio de Osiris consistía en que si luego de que el corazón era pesado y éste tenía un resultado propicio el faraón podía alcanzar la inmortalidad. En caso de tener un resultado negativo Ammyt⁴ devoraba su corazón y moría definitivamente.

¹ Religión Politeísta: Creencia en varios dioses.

² Anubis: Antiguo dios egipcio que representaba al Señor de la muerte quien vigilaba la balanza en el juicio de Osiris

³ Osiris: dios egipcio de la resurrección

⁴ Ammyt: Ser conocido como la “devora corazones” la cual se encontraba debajo de la balanza en el juicio de Osiris y comía los corazones únicamente de los espíritus impuros.

En la India así mismo se practica el politeísmo. La diferencia radica más bien en que existen diversas religiones; entre ellas tenemos al hinduismo, el budismo, el jainismo y el sijismo. La gran similitud que hay en todas estas religiones es que creen en la reencarnación, el karma y el vegetarianismo. Nos enfocaremos en hablar sobre la reencarnación, ya que esta creencia es la que viene a dar respuesta ante qué es lo que sucede luego de la muerte.

Esta creencia consiste en que el sujeto luego de morir puede reencarnarse en otro cuerpo. Su espíritu viaja por distintos cuerpos según cómo vaya muriendo para poder aprender así importantes lecciones de vida e ir adquiriendo sabiduría. El estado final es poder llegar al Nirvana que es la culminación del ciclo de renacimientos o transmigración.

En el hinduismo, Nirvana quiere decir la unión del alma con la divinidad y así pueda unirse al uno absoluto que es Brahmán ⁵. En el budismo cuando utilizan el término Nirvana, a pesar de que también se habla del fin del sufrimiento, más bien lo define como un encuentro con la naturaleza muy profundo. Lo describen como hermandad budista, condición intrínseca, y vacío. El jainismo habla más bien de la liberación del karma.

En Arabia se practica el islamismo. Esta religión es monoteísta abrahámica y tiene mucha similitud con el cristianismo salvo algunas excepciones. En vez de la Biblia ellos tienen el Corán que fue escrita por Mahoma quien es un profeta que fue el último mensajero de Alá⁶. Al igual que el cristianismo los islamitas

⁵ Brahmán: término que hace referencia a la divinidad absoluta en el hinduismo

⁶ Alá: Traducción hispánica de la palabra Dios para los árabes

creen que podrán ir al paraíso junto a Alá sólo si llevan una vida correcta durante su estadía aquí en la tierra. Sin embargo para ellos Jesucristo no es el hijo de Dios sino más bien otro profeta.

En cuanto a que sucede después de la muerte, ellos creen en un ángel llamado Malak Al Mout, se encarga de llevarse las almas. Así mismo existe la creencia de una vida llamada zughrof, que es una vida de entre la muerte y el día del juicio final. Si se es un musulmán practicante la tumba en la cual esperará es del paraíso, donde verá ángeles sonrientes y habrán olores agradables. Si por el contrario se es un incrédulo se les aparecerá el ángel con una cara sin sonrisa, e irá a una tumba del infierno.

Para ellos Dios juzga todo por la intención de cada persona. Estas personas esperarán en sus tumbas hasta la resurrección de todos los muertos donde Alá vendrá para el juicio final. Todas las almas deben rendir cuenta ante Dios por todo lo que han realizado durante su estadía en la tierra.

En la ciudad de Guayaquil, la religión que tiene mayor tendencia es el Cristianismo Católico. A pesar de que existen otras sectas como la evangélica, testigos de jehová, mormones, adventistas, etc. Todas ellas son cristianas pues creen en Jesucristo y sus enseñanzas. Se diferencian en el modo de practicar cada una de estas enseñanzas y en la forma de interpretar la Biblia, más la creencia en Dios y Jesucristo es la misma.

En cuanto a la creencia del cristianismo de ir a la eternidad junto a Dios sólo si se ha llevado una vida correcta es la que prevalece en la mayoría de los creyentes. Es por esto que de cierta manera la muerte puede representar cierto nivel de angustia para ellos, ya que si no se ha cumplido correctamente los mandatos de Dios y su hijo Jesucristo el alma iría al infierno, lo cual está asociado al sufrimiento eterno. El hombre no quiere saber sobre el sufrimiento por lo que esta idea le asusta.

Podemos ver como la mayoría de las personas de avanzada edad tiene mayor acercamiento a Dios y al discurso religioso, ya que al sentir cercana a la muerte quieren arrepentirse a tiempo para que así Dios pueda perdonar sus pecados y así ir al cielo. El hecho de estar dentro de una Institución Hospitalaria no es la excepción. Como fue mencionado antes el estar en un hospital en la mayoría de casos es asociado al significativo muerte, por lo que la idea religiosa también es un plus que se añade.

Si el diagnóstico no llega a ser favorable, el aferrarse a ese Dios misericordioso hará que su alma no sea condenada al infierno. Al tomar la enfermedad como designio divino y llevarla con dolor como ofrenda para Dios, esto hará que al final Dios tenga misericordia de esa alma y así pueda ir al cielo eternamente. El rezar y el ofrecer calman la angustia de los pacientes porque sienten que de alguna manera se encuentran cumpliendo los designios divinos los cuales le garantizan la salvación de sus almas o bien la de sus seres amados.

1.4. Ideas de Muerte

En este capítulo se va a abarcar lo que son las ideas de muerte que suelen surgir en los pacientes justamente al encontrarse dentro de una Institución Hospitalaria. El diagnóstico médico es algo que puede originar muchos temores en el paciente. Dentro de un Hospital pueden darse varias situaciones en las que el sujeto pueda vincular el diagnóstico con el significante “muerte”. Entre estas situaciones tenemos:

- Cirugías de alto riesgo
- Enfermedades Terminales
- Diagnósticos desconocidos
- Enfermedades a las cuales todavía no se les encuentra cura alguna
- Etc.

Es evidente que cada una de las situaciones anteriormente mencionadas posee cierto nivel de peligro, lo cual pone en riesgo la vida del paciente. Al ser la vida la que se encuentra en riesgo, es cuando el sujeto va hacia el otro polo trayendo así la posibilidad de muerte ante la situación peligrosa por la que se encuentra pasando.

La muerte siempre ha resultado algo desconocido para la humanidad. De alguna u otra manera es un enigma difícil de comprender.

Nadie sabe lo que sucede después de la muerte, y justamente el ser humano le teme a lo que no conoce. Es por esto que podemos observar cómo éste tema causa gran angustia en los pacientes.

No obstante de que existen algunas teorías sobre lo que sucede después de morir, nunca nadie ha podido comprobar científicamente si alguna de estas teorías es cierta, ya que ningún ser humano ha podido regresar después de la muerte a contarle a la humanidad qué es lo que sucede realmente.

A pesar de que la muerte sea un enigma como dijimos anteriormente, existen varias teorías elaboradas por el hombre sobre lo que puede suceder después de la defunción. Estas teorías dependen de la creencia de cada sujeto según su entorno social, cultural y religioso, sin embargo este tema lo abarcaremos más adelante con mayor profundidad. Por ahora nos enfocaremos en la idea de muerte específicamente, y en lo que ésta representa para el sujeto.

1.4.1. La muerte anticipada

Aunque este tema resulte difícil de comprender en cierta parte, lo que estamos tratando de explicar con la palabra “anticipada” es el hecho de que la muerte es algo que siempre está. En otras palabras la muerte ha existido desde siempre y es de conocimiento general que todo lo que nace debe morir algún día. Por lo tanto la idea de muerte es algo que siempre se sabe, es una idea anticipada que se nos impone desde el momento en que aprendemos el ciclo básico de la vida. El ser humano nace, crece, se reproduce y finalmente muere.

Alexandre Kojève en su obra “La idea de la muerte en Hegel” (1982: pp 40) habla sobre como Hegel al describir al hombre en el Plano Fenomenológico justamente lo representa como finito y mortal, donde explica que: “En este último plano, el Hombre “aparece” como un ser siempre consciente de su muerte, y con frecuencia la acepta libremente y con conocimiento de causa, y otras veces busca la muerte por su propia voluntad”

Aquí podemos ver cómo incluso se nos habla del suicidio. Es decir que la muerte es algo que existe, algo que no se puede negar, y es tal esta realidad que incluso el hombre hace uso de ella cuando ya no quiere saber más de la vida. Sabe que puede acabar con la vida buscando la muerte.

En otras palabras, a pesar de que por lo general la idea de la muerte es algo que el sujeto no quiere saber, es algo que está presente y sucederá por encima de su voluntad o incluso con el consentimiento de la misma.

A pesar de que a veces en la juventud la muerte es vista como algo lejano, y se tiene la creencia de que ella simplemente está destinada para las personas que se encuentran en hospitales o que ya son de edad avanzada, la realidad es otra. La muerte no respeta ni el tiempo, ni la edad, ni género alguno. Indistintamente de cada una de ellas simplemente llega, incluso en ocasiones cuando el ser humano menos se lo espera.

Se sabe cuándo se nace, pero nunca se sabe cuándo se va a morir. Y aunque la idea de muerte sea algo a lo que la mayoría de los seres humanos le temen, por muy paradójico que suene, es lo más natural que existe, ya que sencillamente aunque no se quiera pensarlo, todos sabemos que va a suceder.

“La muerte es universal. Todo lo que vive, todo lo que es, está destinado a perecer o a desaparecer, lo que de alguna manera trivializa el acto de morir. Pero también es única, ya que cuando me llegue la hora nadie tomará mi lugar y mi muerte no será como la de ningún otro: “Cada uno de nosotros es el primero en morir” (E. Ionesco)” Louis-Vincent Thomas (1991:pp23)

Podemos observar cómo Thomas a través de esto busca explicarnos que a pesar de que la muerte es universal, pues es un hecho de que todos los vivos deben morir algún día, al mismo tiempo es un acto individual ya que ningún sujeto puede morir por otro sujeto. Es por esto que creemos que es por esta razón que la idea de muerte causa angustia en el sujeto.

Porque a pesar de ser una idea anticipada, ya que todos sabemos que moriremos algún día, a la vez es algo que nos asusta porque sabemos que es individual; es decir nos da temor el pensar cómo moriremos y sobretodo que pasará con cada uno de nosotros de manera particular después de que hayamos muerto.

La muerte en sí no puede llegar a tener definición alguna ya que en realidad nadie sabe lo que sucede con el sujeto que muere, simplemente definimos lo que podemos ver; en otras palabras simplemente se trata de una definición social.

Desde el punto de vista médico se dice que un ser humano deja de existir porque su cuerpo ya no tiene signos vitales, pero en sí lo que se sabe es que ese organismo o cuerpo ha muerto; ¿pero su ser?, ¿qué sucede con su ser?, esta es la pregunta a la cual el ser humano no ha podido responder hasta el día de hoy. Por esto genera tanta angustia la idea de muerte, porque simplemente no tiene respuesta.

Thomas (1991: pp44) también nos explica que: “Se define la muerte de un ser humano atendiendo al momento en que ha muerto su conciencia. Se lo declara muerto no porque sus órganos hayan dejado de funcionar, sino porque ha muerto para la especie humana”. Es entonces que podemos decir que es la sociedad quien define que un sujeto ha muerto según los parámetros establecidos en los cuales ha definido que un ser humano está vivo. Es decir si un ser humano no cumple los parámetros para estar vivo, entonces socialmente se lo define como muerto. Es para nosotros que aquel ser vivo ha muerto, ¿pero en realidad ese sujeto ha muerto? Lamentablemente a pesar de todos los avances científicos y tecnológicos aún no existe una respuesta con fundamentos para esta pregunta.

1.4.2. La Posibilidad de muerte como presencia de lo Real para el sujeto

Anteriormente mencionamos que la muerte simplemente no tiene respuesta. El desconocimiento de lo que puede suceder después de la muerte le causa angustia al ser humano, es por esto que la muerte a pesar de ser un concepto universal no tiene inscripción en el inconsciente del sujeto, porque simplemente es algo que no conoce.

Es así como la presencia de una enfermedad terminal ya sea leucemia, cáncer o VIH; o bien sea cualquiera de las situaciones que hemos mencionado anteriormente (cirugías de alto riesgo, diagnósticos desconocidos, enfermedades no identificadas, etc.) llegan a representar la presencia de un Real en el sujeto.

En el primer capítulo citamos a Lacan para hablar de los tres registros: Lo Real, lo Simbólico y lo Imaginario. Donde se explicaba que no todo podía llegar a ser significado por el sujeto, siempre hay algo que queda fuera.

Ese “resto” que no puede llegar a ser metaforizado Lacan lo llama lo Real. Es por esto que decimos que la muerte al no estar registrada simbólicamente se convierte en Real. El sujeto no quiere saber sobre ella. “En la civilización occidental de nuestros días, que cultiva a fondo el individualismo, se rechaza la muerte” (Thomas 1991:pp5)

Vemos como esta idea es rechazada desde un principio por el ser humano. Ahora no solamente es rechazada por el hombre la idea de muerte propia, sino que también le causa angustia la muerte de un ser amado. La idea de pensar que aquella persona ya no existirá más es angustiante y el hecho de tener que acostumbrarse a su ausencia le causa gran temor. Más allá de la muerte de esa persona, es el temor al dolor que esta ausencia pueda causarle.

Y ya ante la muerte no hay nada que se pueda innovar para enfrentarla, simplemente queda aceptarla. No hay forma de revertirla ni cambiarla, Thomas (1991:pp66) dice que: “El moribundo es alguien por quien nada podemos hacer para impedir que muera: alguien que entra en una zona de no intervención o de insignificancia y obstaculiza nuestro impulso de obrar.”

Es entonces cuando la angustia en el sujeto aparece acompañada de la frustración de no poder hacer nada para evitarlo. Y a pesar de que se sabe que es algo que simplemente va a suceder, al sujeto le cuesta aceptarlo. Dentro del hospital un diagnóstico puede llegar a ser letal para el sujeto, ya que éste puede llegar a delimitar la vida del paciente.

A pesar de que se sabe que la muerte va a suceder, cuando ésta es dicha, mencionada o diagnosticada el sujeto entra en angustia. En otras palabras se le está condicionando el tiempo de vida que puede llegar a tener el paciente. Esto es algo imprevisto, y ante lo imprevisto el sujeto se angustia.

Es algo no pensado, no registrado, por lo que es muy común ver cómo muchos pacientes dentro de una Institución hospitalaria ante la posibilidad de muerte entran en estado de Urgencia subjetiva, ya que tienen un encuentro con lo Real. En ese momento no hay significante alguno; su cadena de significantes se encuentra desarticulada y no hay palabras que puedan dar cuenta de algo que no estaba subjetivado.

Es por esto que es muy importante que ante tal estado el psicólogo pueda sacar al paciente del estado de urgencia a un estado de emergencia subjetiva, prestándole palabras ya que justamente es lo que no tiene cuando se encuentra con lo Real.

CAPITULO II: MARCO METODOLOGICO

Frente a la angustia manifestada por el paciente, el psicólogo clínico puede operar según el caso con dos tipos de clínica: Clínica de la Urgencia y Clínica de la Emergencia

2.1. Clínica de la Urgencia

Es importante que primero sepamos que cuando hablamos de urgencia nos referimos a un estado en cual el sujeto se encuentra en calidad de objeto, hay una ruptura en su cadena de significantes lo cual impide que pueda llegar a representarse. En la urgencia el sujeto se enfrenta cara a cara con el dolor; este dolor que no solamente representa un peligro sino que también resulta imposible de soportar. Como psicólogos es importante que tratemos de que el paciente pueda salir de la calidad de objeto, buscando la forma de que pueda emerger el sujeto, tratando de darle primacía a la palabra.

En su tesis de licenciatura Ivanny Salinas explica que “es una situación crítica que se presenta con fenómenos de desesperación, angustia, en la cual el sujeto se ve desbordado en su cuerpo, pensamiento, y desestructurado en su posición frente al mundo”. Podríamos decir así, que es como si el sujeto estuviera desarticulado, por lo que queda sin palabras que lo representen y lo único que puede llegar a articular es el grito o el llanto.

Por esta razón cuando pensamos en un plano fenoménico en un paciente que se encuentra en urgencia lo vamos a encontrar llorando, gritando o inclusive en total silencio, ya que al encontrarse rota su cadena de significantes no puede dar cuenta de lo que está viviendo en ese momento. Por medio de la psicoterapia de urgencia el psicólogo busca prestarle palabras al paciente, ya que en ese momento él no las tiene. De esta manera se podrá bajar el nivel de angustia y se logrará pasar del goce a la formulación de la demanda.

La urgencia es un concepto de la medicina psiquiátrica que quiere decir la llegada a un límite. La urgencia, entendida como “subjetiva”, ocurre en el sujeto; pero, plantea una exigencia de respuesta del Otro, quien ha de responder lo más pronto posible. El tiempo cronológico que atraviesa la urgencia impone un *no poder esperar*, por lo que se debe actuar con rapidez para poder ayudar al sujeto que se encuentra en crisis

Para poder aliviar de cierta manera la angustia que ha producido el significante desencadenado, el sujeto apela a los recursos de acting out o pasaje al acto. Por esta razón es necesario que en el momento de la urgencia el psicólogo trate de encontrar cuál es el significante que lleva al acting out o al pasaje al acto, como estrategia. Es decir que por medio de sus intervenciones trate de encontrar el punto que ocasionó la ruptura de la cadena de significantes, llegando a descubrir qué fue lo que llevó al paciente a aquella situación de urgencia. No obstante también es fundamental diferenciar lo que es el acting out del pasaje al acto.

Cuando hablamos de acting out siempre se trata de una apelación al Otro. Surge la pregunta: "¿Qué es lo que quiere el Otro de mí?". Es por esto que se dice que en el acting out siempre hay un mensaje o escena dirigidos a un Otro. Por medio del acting, el sujeto logra movilizar de cierta, manera su angustia y así no pasa por la confrontación con lo que ello determina.

En el caso del pasaje al acto, en cambio, ocurre todo lo contrario. No se trata de un mensaje a un Otro, sino más bien de un "borramiento del Otro" subjetivo y absoluto. El sujeto del inconsciente quiere salir simplemente de su indeterminación. Un ejemplo muy claro de esto sería el suicidio donde no hay mensaje alguno si no simplemente el "acto" en sí.

2.2. Clínica de la Emergencia

Como bien nos dice la misma palabra "emergencia", lo que pretendemos hacer por medio de la Clínica de Emergencia es solucionar rápidamente una situación que "emerge", es decir un imprevisto que surge de un momento a otro. A diferencia de la Clínica de Urgencia, a pesar de que la enfermedad o el diagnóstico también pueden impactar al paciente, en este caso no se ha desarticulado su cadena de significantes y si puede poner en palabras lo que le sucede y sus sentimientos frente a dicha situación.

Al encontrarnos dentro de un Hospital lo más común es que surjan ciertas situaciones de manera inesperada que causan angustia en el paciente como lo son algunos diagnósticos o intervenciones quirúrgicas.

En estos casos la clínica de emergencia consiste en preparar al paciente para que pueda enfrentar aquella situación que le genera angustia.

En muchos casos la angustia que surge por parte del paciente hacia el diagnóstico médico es porque no lo entiende. Es por esto que es importante que el psicólogo le explique en qué consiste el proceso quirúrgico que se va a realizar, o el diagnóstico de su enfermedad de una manera más fácil utilizando un lenguaje no complejo. Una vez que el paciente ha asimilado aquella situación abrupta, por medio de la psicoterapia de emergencia se busca que el sujeto pueda hablar de la misma y de lo que esto significa para él.

2.3. Formas de abordaje del Psicólogo Clínico

Finalmente por medio de este capítulo explicaremos en que consiste el rol del psicólogo clínico con pacientes que han manifestado como respuesta refugiarse en el discurso religioso luego de haber recibido un diagnóstico médico que les causó angustia. En la mayoría de los casos estos pacientes recurren a Dios justo en el momento que aparece una enfermedad de forma abrupta, es decir que no han estado relacionados con Dios desde siempre sino que más bien es la aparición del imprevisto lo que hace que tomen a Dios como refugio.

Lo que buscamos como psicólogos con estos pacientes es instaurar la queja en ellos tratando de que puedan ir más allá del discurso de su enfermedad y de la respuesta defensiva que han tomado ante ella. Una vez que se ha reformulado la demanda se trata de dirigirlo a asumir su responsabilidad sobre lo que le pasa, llegando a un cuestionamiento y un cambio de posición subjetiva.

Es importante resaltar el hecho de que no podemos realizar psicoanálisis dentro de una institución hospitalaria, pues para ello es necesario que participen varios factores que en el hospital no están presentes. Además nosotras no somos psicoanalistas sino psicólogas clínicas, sin embargo para realizar nuestro trabajo tomamos como base el vasto campo teórico del psicoanálisis y lo que buscamos con nuestra intervención, son efectos terapéuticos rápidos.

2.3.1. Dirección de la Cura

A pesar de que podemos decir, que los pacientes que operan bajo el discurso religioso han encontrado de cierta manera una respuesta a su malestar, muchas veces esta respuesta no logra despejar por completo la angustia que le causa el diagnóstico médico. Como psicólogos no debemos tratar de tachar, o rebajar la creencia religiosa del paciente, si bien buscamos la reformulación de la demanda lo que debemos hacer es introducirnos a su mismo discurso religioso usándolo como vector para poder llegar a un cambio de posición en él como sujeto, llevándolo a un cuestionamiento propio para que surja la reformulación de su demanda. Para que esto suceda necesitamos despertar su propio deseo.

Hablamos de despertar del deseo porque de cierta manera el deseo de estos pacientes ha quedado anulado por el deseo del gran Otro. Justamente aquí radica el primer problema con el que nos encontramos como psicólogos ya que al eliminar su deseo este queda sumergido bajo el deseo de ese gran Otro Dios.

“Si ese gran Otro que no tiene tacha lo desea, entonces está bien lo que me encuentro viviendo actualmente porque es un designio divino, designio del gran Otro, y no tengo nada que preguntar”. Se trata de un “yo deseo lo que Dios desea y si Dios lo desea entonces yo también lo deseo”. Por lo tanto su deseo desfallece en ese mismo instante. En estos pacientes debemos buscar que el deseo resurja, para así direccionarlo a la reformulación de la demanda.

Es necesario precisar que cuando hablamos de demanda no nos referimos únicamente al sufrimiento del sujeto, es decir que a pesar de que en un principio el paciente se nos presenta reclamándonos una demanda de alivio ante la angustia que le causa el diagnóstico médico, esto no quiere decir que sea la demanda verdadera. Hay que direccionar al paciente para que pueda pasar del discurso de su enfermedad a un discurso más propio donde pueda pasar de la queja a la demanda, llegando a cuestionarse e involucrarse en lo que le está sucediendo. Se trata de empujar al paciente a buscar la verdad sobre su síntoma. Es un lograr que el sujeto quiera un “querer saber”, entender cómo funciona su síntoma y ser responsable de su goce.

Lacan explica que para que haya una demanda de verdad es necesaria una reformulación de la misma. Al principio el paciente llega con una demanda no verdadera, es por esto que como psicólogos no debemos quedarnos únicamente con el dicho, sino que debemos ir más allá.

Respecto a esto Miller (1997 :pp44) dice: “una cosa es el dicho, el dicho como hecho, y otra lo que el sujeto hace de lo que dice”. Más adelante en el mismo texto enfatiza “Nada se garantiza a partir de un dicho. Muchas veces un sujeto dice algo, diciendo solamente lo que los otros ya dijeron”.

Finalmente citaremos al mismo autor con otra frase que nos parece que de igual manera manifiesta lo que hemos estado explicando “Se trata de distinguir entre el dicho y una posición con relación al dicho, siendo esa posición el propio sujeto. Es decir, tenemos siempre que inscribir algo, en segundo lugar, como un índice subjetivo del dicho” (Miller ibid)

Como psicólogos no se trata de otorgarle una respuesta a la demanda del paciente, sino que lo que hacemos es reformularla a manera de pregunta. No se trata de dar instrucciones, sino más bien de quitar obstáculos para que la persona pueda tener una orientación de su deseo.

Ahora bien al principio mencionamos que es necesario de que surja el deseo en el paciente que se encuentra sujeto al discurso religioso, para esto es importante entender el deseo en relación a la necesidad y la demanda.

En el primer capítulo explicamos que al principio se encuentra alienado al Otro y es por medio de la separación que queda instaurada la falta, es en esta hiancia que surge el deseo. Por lo tanto toda demanda no pide ni más ni menos que solucionar el hueco del deseo.

Para que pueda producirse la reformulación de la demanda es primordial que el sufrimiento y la queja queden articulados. Es por esta razón que mencionamos que se trata de empujar al paciente a buscar la verdad sobre su síntoma, porque cuando hablamos de síntoma justamente nos referimos a ese signo o señal para el sujeto, que da cuenta de un saber que se le escapa.

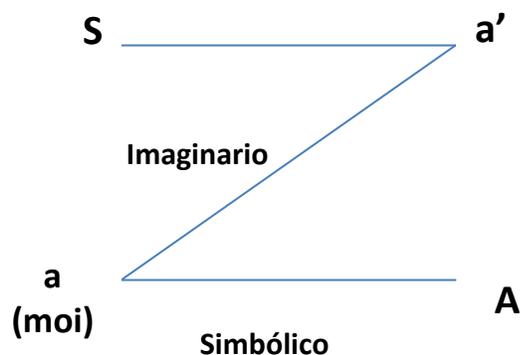
Ahora el hacer que surja la demanda de verdad toma cierto tiempo, por lo que es importante que el psicólogo opere con la paciencia necesaria, para que pueda otorgar al paciente ese espacio donde podrá poner en palabras aquello que le acontece, no se trata de alimentar la queja sino más bien de orientarla.

Evidentemente el paciente partirá desde su enfermedad, pero debemos valernos de la misma tomándola como un medio o vector por el cual posteriormente pasa a cuestionarse sobre situaciones tan complejas como lo son el por qué de su respuesta sintomática ante el diagnóstico médico, sus vínculos familiares, el modo en que vivía a Dios antes de su enfermedad, y como es su relación con Dios actualmente que la enfermedad ha surgido.

En nuestro trabajo la escucha tiene un papel muy importante, ya que se trata de una escucha fina que va más allá del dicho del paciente, una escucha a su discurso con especial atención sobre sus lapsus, contradicciones y chistes, para posteriormente poder realizar señalamientos resaltando la relación existente entre estos contenidos de su inconsciente aparentemente sin sentido, con los hechos que se encuentran vinculados a su historización. El único que conoce el sentido que tiene es el mismo paciente.

Es importante que como psicólogos tengamos presente que antes de realizar algún señalamiento o intervención se debe haber establecido un lazo transferencial entre el psicólogo y el paciente.

Lacan retoma la transferencia a partir de los tres registros que son los Simbólicos, Imaginario y lo Real. El psicólogo debe tratar de propiciar el desarrollo de la vertiente simbólica para así ir desmontando las identificaciones imaginarias. Cuando habla de la transferencia imaginaria, los relaciona con los afectos de amor y odio relacionados en la psique del psicólogo. Se da la relación de a-a', de yo a yo; es decir cuando el psicólogo se ubica en la posición de otro semejante



En el vínculo imaginario el paciente ve al psicólogo, no como alguien que sabe sino como otro similar o equivalente. Sin embargo es necesario que ocurra esto, para que pueda surgir cierta empatía por parte del paciente hacia el psicólogo, Freud dice que la transferencia se da por una falsa conexión y describe al psicólogo como un falso enlace.

Sin embargo no se puede permitir que la relación imaginaria domine la situación ya que podría surgir agresividad por el predominio de la presencia de cargas afectivas, debemos direccionar esta transferencia a una transferencia simbólica, porque si no cada intervención nuestra será tomada desde el lugar (amor-odio) en el que nos haya colocado el paciente. Para explicar esto vamos a parafrasear a Lacan (1985) donde explica que la interpretación siempre va a ser recibida como proveniente de la persona que la transferencia supone que es.

Al pasar a la transferencia simbólica se da la relación a-A. Aquí Lacan habla de la impostura sujeto supuesto saber dónde el psicólogo ya no es otro similar sino un Otro que sabe, es importante que el paciente crea que el psicólogo tiene la respuesta a su demanda, sin embargo Lacan explica que es importante que el psicólogo recuerde que se trata solo de un semblante en el cual debe ubicarse para que pueda darse la transferencia simbólica ya que el saber en sí solo lo tiene el paciente, y lo va descubriendo mediante su discurso. Si el psicólogo se identifica con la impostura sujeto supuesto saber se estaría colocando en el lugar del Amo que le dice lo que tiene que hacer.

En cuanto a la transferencia real, Lacan explica que esta se presenta, cuando el psicólogo está más allá de lo imaginario y lo simbólico. Lacan lo llamo “la presencia del analista”; esto ocurre cuando el paciente llega a sentir una invasión por parte del psicólogo, una sensación de ser devorado. En este caso estamos hablando de una transferencia que ocurre en la psicosis, donde puede llegar a surgir la erotomanía, es decir que el paciente cree que el psicólogo está enamorado de él, o bien puede ocurrir todo lo contrario donde las sesiones pueden convertirse en algo persecutorio donde el psicólogo es alguien que quiere hacerle daño.

Sin embargo la transferencia real puede surgir en la neurosis donde el paciente por medio del acto dice lo que no puede decir por medio de la palabras; un ejemplo muy claro de esto es el acting out en transferencia.

2.3.2. Implicación Subjetiva

Además de buscar la reformulación de la demanda en los pacientes, también es necesario buscar que haya implicación subjetiva por parte de ellos, para que así puedan tomar responsabilidad sobre lo que le acontece.

Los fines terapéuticos no consisten únicamente en que el paciente pueda superar sus síntomas, sino que nuestro objetivo final es que el sujeto pueda llegar a implicarse, logrando que se involucre en lo que le está pasando y deje de quejarse de los otros y comience a quejarse de sí mismo.

Los pacientes que se refugian bajo el discurso religioso, depositan toda la culpa del lado de Dios. Esto no necesariamente tiene que ser visto como algo negativo ya que al hacer responsable a Dios de lo que le pasa, el paciente no necesariamente lo ve como algo malo a pesar de que se trate de una enfermedad. Si la enfermedad es tomada como un designio divino, al ser un mandato del gran Otro Dios, su enfermedad toma otro sentido y por medio del dolor y del sufrimiento busca la santificación, lo cual para el creyente es algo positivo.

Desde la creencia religiosa, el dolor no precisamente es visto como algo malo, ya que para el creyente el dolor dignifica. Porque Jesús (hijo de Dios) al morir en una cruz es quien le da al dolor otro sentido. La voluntad del padre Dios era que su hijo Jesucristo muera; el dolor y sufrimiento por el que tuvo que pasar Jesús era un designio divino, era necesario para salvación de la humanidad y para que el hombre pueda ir al cielo nuevamente al encuentro con su padre Dios. Jesucristo por amor a la humanidad se entrega como ofrenda y ofrece ese sacrificio a Dios para el perdón de los pecados del hombre.

Lo mismo sucede con el paciente creyente. Al tomar su enfermedad como designio divino, pasa toda la responsabilidad a Dios y toma su enfermedad y dolor como una ofrenda que le realiza a su Dios. El problema con estos pacientes es que al poner a ese gran Otro como el único responsable, ya que es quien designa la enfermedad, olvidan su rol como sujetos en aquello que les está aconteciendo.

Para explicar esto Miller (1997 :pp70) dice que: “Lacan llamaba rectificación subjetiva cuando en el análisis el sujeto aprende también su responsabilidad esencial en lo que le ocurre”. De eso se trata nuestro trabajo justamente, que el paciente asuma su responsabilidad en su sufrimiento y deje de quejarse de los otros, y así comienza a quejarse de él mismo. .

No obstante puede ocurrir todo lo contrario, donde la enfermedad no es tomada como un designio divino, sino más bien como un castigo divino. El paciente al tomar su enfermedad como un castigo, siente que es una forma de aplacar la culpa, por algo malo que ha hecho y por lo cual necesita ser castigado.

Por ejemplo si hablamos de un paciente que luego de haber fumado en exceso, contrae cáncer a los pulmones y llega a significar el cáncer como un castigo de Dios porque ha sido una mala persona, ha estado alejado de él y de sus mandatos. Otro caso que puede llegar a suceder es que el paciente sienta que Dios va a sanarlo de su enfermedad y le quita total importancia al discurso médico dándole únicamente primacía al discurso religioso que sostiene que “para Dios nada es imposible”. Con ellos el trabajo es un poco más complejo ya que para estos pacientes esta es la única verdad que prevalece.

Es necesario que el sujeto pueda tomar responsabilidad en su enfermedad y haga lo que debe hacer como paciente para poder cooperar en su recuperación, sino toma los medicamentos recetados o designados no podrá recuperarse. Si bien el paciente cree que los medicamentos no son necesarios porque Dios va a sanarlos, la participación del psicólogo consiste en lograr que el paciente colabore con su tratamiento médico sin tachar su creencia religiosa.

Una intervención posible es partir de su mismo discurso religioso hablándole de su mismo Dios. Hacerle ver que también es necesaria su participación como sujeto en su recuperación, y que el único protagonista no es Dios, a pesar de que también juega un papel importante es este proceso. Incluso podemos valernos de sus palabras y significantes que utilice en su discurso, como sacar a relucir el hecho de que también puede ser designio divino que él como paciente colabore con su tratamiento para su pronta recuperación.

Debemos tener especial atención con el tipo de intervenciones que realicemos con estos pacientes, teniendo siempre cuidado de no ofender su creencia religiosa, hay muchos tipos de intervenciones posibles que podemos trabajar dentro de una institución hospitalaria tomando en cuenta el tiempo y el espacio.

Una de las primeras cosas que debemos realizar es solicitar los datos del paciente que es lo que en el informe psicológico conocemos como datos de filiación. Es importante también que en ciertos casos le aclaremos al paciente aspectos del tratamiento que debe seguir, explicándole en qué consisten y sus posibles consecuencias. En algunos casos los pacientes no entienden el significado de los diagnósticos o exámenes que deban realizarse, nuestro trabajo consiste también en aclararle sus dudas acerca de estas incógnitas.

Otra de las cosas que se debe poner en práctica son los señalamientos que se trata simplemente de “acentuar una palabra”, se trata de un llamado a su capacidad de auto comprensión. Con esto se busca que el paciente encuentre relación de datos, secuencias, y consideraciones que para él sean significativas. Finalmente también es primordial si se considera conveniente

proponerle al paciente nuevas conductas alternativas, es decir, ofrecerle otras posibilidades de respuesta a los acontecimientos de su vida, respetando siempre su deseo.

Estas intervenciones mencionadas pueden llegar a convertirse en interpretaciones si logran producir en el paciente una división subjetiva y una reubicación en el tema de su historia, a través de las relaciones entre eventos pasados y actuales.

2.3.3 Elaboración de Duelo

Finalmente vamos a enfocarnos en un punto muy importante que se da en el proceso de la dirección de la cura. Uno de los motivos por los cuales los pacientes buscan refugiarse en el discurso religioso es porque les cuesta realizar una elaboración del duelo, ya que no quieren enfrentarse a una pérdida presente. Por eso nuestra intervención como psicólogos es primordial, para que una vez que el paciente se haya implicado pueda trabajar sobre esta pérdida la cual no quiere afrontar.

El trabajo de duelo, consiste en que el paciente pueda ir desprendiéndose de su estado anterior y pueda llegar a una aceptación de la enfermedad y la pérdida que esta conlleva, es decir su estado actual.

En cuanto al duelo Freud (1917 :pp 2091) explica que: “el duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc.”

Esta pérdida es lo que le genera angustia al paciente ya que se le presentan muchas inquietudes y temores, siente que ya no va a ser el mismo de antes porque la presencia de la enfermedad conlleva muchos cambios, no solamente en su imagen corporal, sino en las distintas funciones que llevaba a cabo en sus actividades diarias.

Además temen que la sociedad los llegue a ver como inútiles ya que es cierto que en algunos casos el tratamiento conlleva la interdicción de ciertas actividades que serían perjudiciales para su salud, ahora que está presente dicha enfermedad.

Para algunos pacientes se les hace más difícil que a otros el hecho de aceptar su situación actual sin embargo luego de algunas sesiones que tienen con el psicólogo, muchos logran hacer frente a sus emociones y se adaptan a su actual medio en el cual las condiciones ahora son distintas y aceptan el cambio, justamente en eso consiste nuestro trabajo. Sabemos que como psicólogos no podemos cambiar su diagnóstico ni curar su déficit orgánico lo que buscamos es que el paciente por medio de su elaboración en las sesiones llegue a darse cuenta que existen diversas alternativas y situaciones más allá de su enfermedad y que esta no es el único elemento en el cual consiste su vida.

Se trata de que el paciente encuentre otro objeto en el cual pueda direccionar toda la libido que se encontraba enfocada en el objeto que ahora está perdido. Freud (1917:pp2092) nos explica esto cuando dice que: “el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado no existe ya y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras con el mismo. Contra esta demanda surge una oposición naturalísima, pues sabemos que el hombre no abandona gustoso ninguna de las posiciones de su libido, aun cuando les haya encontrado ya una sustitución.”

Como el mismo Freud explica es cierto que en el proceso de elaboración del duelo, no es fácil para el paciente renunciar a ese objeto que ha perdido, por esto a través del espacio que el psicólogo le brinda se busca que pueda hablar de su enfermedad, de la pérdida que esta conlleva y la angustia que le aqueja.

Se intenta que el paciente llegue a comprender sus problemas y pueda manejar la ansiedad que le causa su enfermedad ofreciéndole apoyo para que pueda elaborar sus fantasías frente a la muerte, la enfermedad, las posibilidades de cura, etc. Así de esta manera se busca que el paciente pueda salir del discurso religioso como única solución y encuentre otras alternativas poniendo en palabras lo que para él significa la presencia de este nuevo cambio.

CAPITULO III: ANALISIS E INTERPRETACIONES

3.1. PRÁCTICA CLÍNICA

Por medio de los casos que presentaremos a continuación, buscaremos demostrar como aquellos pacientes que se rigen bajo un discurso religioso como respuesta a su angustia, han logrado disminuir cierto grado de su ansiedad y han encontrado otras alternativas como respuesta gracias al trabajo psicológico brindado.

3.1.1 Caso #1

T.M. es un hombre de 50 años que se encuentra en el hospital de SOLCA debido a que su esposa la van a intervenir quirúrgicamente de un tumor en la cabeza. Cuando se le pregunta al paciente como esta utiliza la siguiente frase *“ahí... cargo una cruz en mi espalda con gusto, y con la ayuda de Dios”*. Luego comenta que su esposa tiene 2 opciones *“morir o intentarlo y morir”* refiriéndose a la operación que los Doctores tenían proyectado hacerle. Y finalmente añade *“lo que Dios quiera”*.

En este paciente se puede observar como anula su deseo para anteponer el deseo del gran Otro Dios, para él la enfermedad de su esposa no es algo malo, ya que se ha convertido en una cruz que lleva con gusto porque lo ha tomado como un designio divino.

T.M. comenta que hace unos días la esposa le dio aliento diciéndole “*rezo por ti para que no te enfermes, porque tú eres el único que me cuida*”. Podemos observar como T.M. encuentra un descanso en la oración de su esposa. No importa como él se encuentre con tal de que este bien para poder entregarse al servicio de su esposa, desaparece como sujeto para que otro sea y Dios le ayuda en esta misión. Él no quiere estar bien por el mismo, sino para poder ayudar a su esposa.

En la mayoría de las sesiones T.M. repetía la frase solo le pido a Dios fortaleza y tolerancia. El sentía que su misión era ayudar a su esposa y que necesitaba a Dios para poder llevarla a cabo. Por medio de las sesiones que se trabajaron con él, se buscó despertar su deseo y direccionar a una demanda propia, sin tachar su creencia religiosa.

En una intervención cuando él se encontraba hablando de la operación de su esposa alegando que él aceptaba lo que Dios quisiera se le realiza la pregunta qué quisiera él a lo que él responde yo prefiero que lo intente así quede paralizada o así como esta yo la voy a cuidar, podemos ver como de cierta manera empieza hablar de lo que él quiere y no de lo que Dios quiera, él sí quiere que su esposa quede viva, más allá de lo que Dios disponga.

En otra sesión se pudo observar en él un lapsus donde dijo “*que Dios me bendiga, perdón, Nos bendiga*”. Se le resalta este equivoco repitiéndole su misma frase a modo de pregunta “¿Dios me bendiga?” y se le cuestiona porque razón Dios debe bendecirlo solo a él.

Ante esta intervención el paciente quiebra en llanto y empieza a hablar que necesita que Dios lo bendiga porque para él esto es muy difícil, no sabe qué hacer con la parte económica y siente que tiene demasiados gastos ya que debe comprar pañales y medicinas para su esposa. Empieza hablar de su deseo de querer irse del hospital, ya que él está cansado porque no puede descansar bien, debe dormir en una silla.

Podemos observar como el paciente puede pasar de solo hablar de lo que quiere el gran Otro y empezar hablar de lo que quiere él, poner en palabras lo que significa la enfermedad de su esposa y como él se siente como sujeto. Por medio de las siguientes sesiones el trabajo consistió, en permitirle al paciente que pueda seguir hablando de su deseo y así por medio de la palabra pueda ir bajando su nivel de angustia.

3.1.2 Caso #2

B.L. es una paciente de 19 años de edad, que se encuentra en el hospital Roberto Gilbert Elizalde debido a que su hijo presenta una obstrucción intestinal, por lo cual debe ser intervenido quirúrgicamente.

B.L. alude que se encuentra “destrozada” por la situación de su hijo, es su primer hijo y esto le desespera mucho porque no sabe si está cumpliendo bien su rol de madre, desde que su hijo nació ha tenido que pasar en hospitales, no es la primera intervención que le van hacer al hijo, ya que a los 3 días de nacido tuvieron que retirarle o cortarle 30 cm de intestino y alega no entender por que a pesar de toda las intervenciones médicas sus hijo no mejora.

La paciente refiere que no aguanta esta situación porque no soporta ver a su hijo sufrir siendo tan pequeño por esta razón se ha acercado a Dios y le reza constantemente por la salud de su hijo, pidiéndole que lo ayude y mejore pronto.

Además en otra de las sesiones le muestra a la psicóloga varias estampitas de santos que tiene a lado de la cama de su hijo y llorando le pregunta a la psicóloga *“¿que estoy haciendo mal?, yo no deajo de rezar ¿porque mi hijo no mejora? Dios tiene que ayudarme porque yo no he dejado de rezar, mi hijo va a mejorar”*, luego hace una pausa toma aliento y añade *“no, solo me exalté, sé que mi hijo va a estar bien porque Dios va a ayudarlo, estoy segura de eso”*.

A lo que la psicóloga le pregunta por qué está tan segura de que Dios la ayudaría, a lo que respondió que esto era lógico porque ella estaba rezando para que esto sucediera.

Así mismo se le resalta el hecho de que tenía razón al decir que Dios iba a ayudarla, porque Dios era bueno, sin embargo se le pregunta que estaba haciendo ella para ayudar a Dios en la recuperación de su hijo. Con esta intervención se buscó que la paciente pudiera elaborar lo que ella podía hacer cumpliendo su rol materno, más allá de rezar es evidente que la situación de su hijo le causa mucha angustia y al no quererse enfrentar a esto acude a un respuesta rápida encontrando refugio en el discurso religioso.

El trabajo con la paciente consistió en que ella pueda salir del estado de angustia encontrando respuesta no solamente en el rito religioso sino que también por medio de la palabra pudiera elaborar otras alternativas que estaban en mano de ella para poder colaborar en la recuperación de su hijo como el hecho de seguir las indicaciones del equipo médico y teniendo mayor atención en los cuidados que tenía que tener con su hijo.

3.1.3 Caso # 3

E.L. de 24 años de edad se encuentra en el hospital Roberto Gilbert debido a que su hija presenta una aplasia medular la paciente indica que ella únicamente llevó a su hija al hospital debido a que tenía un nivel bajo de glóbulos rojos y que ella creía que su hija se curaría, solamente poniéndole la cantidad de glóbulos que necesitaba.

Ha estado en varios hospitales por algunas ocasiones ya que los médicos no encontraban que enfermedad tenía su hija, en un momento llegaron a pensar que era leucemia, sin embargo esta también fue descartada, finalmente llegaron al diagnóstico de su hija en esta casa de salud.

La paciente alega que luego de enterarse del diagnóstico final, para ella se le acabó el mundo ya que siente que esta enfermedad es como un cáncer, porque su hija tendrá que pasar por chequeos médicos durante toda su vida. Luego sostiene que esta enfermedad es un castigo de Dios. Valiéndose de esto la psicóloga le pregunta porque razón Dios la castigaría a lo que la paciente responde que ella ha sido una mala madre.

Siguiendo con las intervenciones se le preguntó a la paciente porque ella pensaba que era una mala madre y ella mencionó que le levanta la voz a sus hijos cada que le llamaba la atención y que su esposo en ciertas ocasiones les pegaba.

El indica que les llama la atención porque se desespera ya que ellos son muy inquietos, además indica que ella se alejó de Dios desde que se hizo de compromiso.

En cuanto a su historia familiar indica que sus padres siempre le inculcaron amar a Dios y serle fiel y cuando era pequeña siempre iba a la iglesia. Sin embargo luego de que se unió a su pareja dejó de ir a la iglesia y dejó de rezar. Igual le ha enseñado a sus hijos a rezar y a persignarse pero nunca los llevo a la iglesia.

En esta paciente se puede observar que ella siente que Dios la está castigando por ser mala madre, es una especie de castigo inconsciente por parte de ella para castigarse por haberse alejado de la iglesia luego de haberse hecho de compromiso.

Por medio de su mismo discurso la psicóloga se valió para hablarle de Dios indicándole que si Dios era bueno no tendría porque castigar a sus hijos que tanto ama. Tratando de hacerle ver que ese castigo del que hablaba venia de ella. Además se buscó que pudiera elaborar su rol materno tratando de que ella pudiera poner en palabras lo que para ella significa ser una buena madre, posteriormente la paciente pudo elaborar construcciones propias donde aludía que corregir a sus hijos no era ser mala madre, ya que esto era necesario para que sus hijos sean hombres de bien en un futuro.

3.2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La práctica clínica nos ha permitido articular la teoría que hemos recibido a lo largo de estos años en nuestra formación académica. Es por esto que el marco teórico en el cual hemos basado nuestro trabajo es el psicoanalítico, ya que nos ha parecido que es la teoría más completa que da cuenta del sujeto con el que trabajamos en la clínica psicológica.

Por medio de este marco teórico hemos podido fundamentar como el Otro siempre está presentes en aquellos procesos que son necesarios para la constitución psíquica del sujeto.

A pesar de que explicamos como el Otro cumple una función importante en la estructuración psíquica, lo diferenciamos del gran Otro, ya que cuando hablamos del gran Otro nos referimos a ese Otro sin tacha. Es otro que viene a cubrir un subcampo de su discurso lo cual les permite a los pacientes no afrontar los afectos que les genera la enfermedad.

Hemos podido reconocer a cada sujeto en su particularidad y las diversas respuestas que toman cuando surge la angustia, la muerte no tiene inscripción en el inconsciente y el desconocimiento de lo que puede suceder después de la muerte es lo que causa angustia en el sujeto.

La religión ayuda a metabolizar ese real porque viene a dar significación a aquello que ha surgido, es por esto que el sujeto encuentra un refugio en el discurso religioso ya que ese Otro sin tacha Dios baja el nivel de angustia y llega a darle significantes que los estabilice.

Si bien no hay que quitarle al paciente este imaginario donde el gran Otro va a resolver su problema, hay que buscar la manera de que a través de su mismo discurso religioso logre implicarse ante su limitación buscando ejercer de otras maneras en su actividades de su vida cotidiana. El psicólogo clínico debe ofrecerle al paciente un espacio de palabra para que pueda elaborar su situación de enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bleger, José (2007). Psicología de la conducta. Buenos Aires: Editorial Paidós.
2. Freud, S (1921). Psicología de las masas y análisis del Yo. *Sigmund Freud, Obras Completas*. Tomo III. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
3. Freud, S(1921). Inhibición, Síntoma y Angustia. *Sigmund Freud, Obras Completas*. Tomo III. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
4. Freud, S (1913). Totem y Tabu. *Sigmund Freud, Obras Completas*. Tomo II. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
5. Freud, S (1939). Moisés y la Religión Monoteísta. *Sigmund Freud, Obras Completas*. Tomo III. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
6. Freud, S (1917). Duelo y Melancolía. *Sigmund Freud, Obras Completas*. Tomo II. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
7. Indart, Juan Carlos (2000). La clínica de la no relación sexual: A propósito de la Neurosis Obsesiva. Bogota: Editorial Gelbo
8. Lacan, Jaques (1983). El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica. Barcelona-Buenos Aires: Editorial Paidós.
9. Lacan, Jaques. (1968). De un otro al Otro. *Seminario XVI*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
10. Lacan, Jaques. (1956). Escritos 1. Función y Campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. Tomo I. Editorial Siglo veintiuno

11. Lacan, Jaques. (1972). Escritos 2. La Dirección de la cura. Tomo II. Editorial Siglo veintiuno.
12. Miller, Alain Jacques (2012) .Leer un síntoma. Revista Lacaniana de Psicoanálisis N°12. Buenos Aires: Editorial Grama.
13. Miller, Alain Jacques (2004). La patología de la Conducta. La experiencia de lo Real en la cura psicoanalítica. Buenos Aires. Editorial Paidós.
14. Kojève, Alexander (2004). La Idea de la Muerte en Hegel. Buenos Aires: Editorial Leviatan.
15. Miller Alain Jacques (1997). Introducción al Método Psicoanalítico. Buenos Aires: Editorial Paidos
16. Thomas, Lui Vincent (1992). La Muerte una Lectura Cultural. Barcelona: Editorial Paidos.