



Universidad Autónoma de Querétaro  
 Facultad de Psicología  
 Maestría en Psicología Clínica



EL OBJETO COMO CAUSA DEL DESEO EN LA CLÍNICA DEL DUELO

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestra en Psicología Clínica

**Presenta:**

Laura Gabriela Aguilera Cruz

**Dirigida por:**

Mtro. Andrés Velázquez Ortega

SINODALES


Dr. Andrés Velázquez Ortega  
 Presidente


Dra. Raquel Ribeiro Toral  
 Secretario

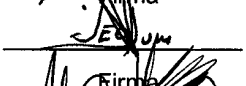
Mtra. Julia Velázquez Ortega  
 Vocal


Dra. Guadalupe Reyes Olvera  
 Suplente


Mtra. Rosa Adriana Segura Pérez  
 Suplente

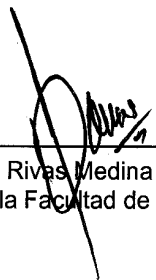
  
 Firma


  
 Firma

  
 Firma

  
 Firma

  
 Firma

  
 MDH Jaime Rivas Medina  
 Director de la Facultad de Psicología

  
 Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval  
 Director de Investigación en  
 Posgrado

Centro Universitario  
 Querétaro, Qro.  
 Junio, 2010  
 México

## RESUMEN

El concepto del Duelo, *aflicción* o *trabajo de Duelo* es uno de los temas que ha llamado la atención de diversas instituciones y autoridades de salud mental, entre otras cosas porque es considerado como un elemento que responde a las diferentes problemáticas con las cuales se enfrenta el sujeto que sufre. La descripción hecha por Freud en el síntoma de *melancolía*, que posteriormente Lacan puntualiza con el concepto del *objeto causa del deseo*, nos permite ofrecer una perspectiva clínica de la falta, y su efecto en el padre y la madre que conciben a un hijo con defectos al nacimiento, o cuando existe algún padecimiento que afecta la integridad de los hijos, como una enfermedad terminal o alguna discapacidad. La problemática del uso de dicho concepto, se plantea de acuerdo a los siguientes cuestionamientos: ¿Cómo podríamos identificar si una persona requiere de una intervención psicológica en una institución hospitalaria? ¿A qué se le llama estar en duelo? Si se está en duelo, ¿se está enfermo? ¿De qué manera se maneja una situación de pérdida en una institución hospitalaria? ¿Cuál es la función del psicólogo ante estas circunstancias, dentro del ámbito hospitalario? El tema que nos ocupa, *El objeto como causa del deseo en la clínica del duelo*, refiere a que el concepto del objeto *a*, puede llegar a funcionar como elemento de la intervención psicológica en la práctica clínica. La presente tesis, reúne observaciones clínicas obtenidas de quienes acuden al psicólogo con la intención de aliviar el sufrimiento ante una pérdida y lo que ello implica en el ámbito hospitalario de población abierta. La intervención psicológica que se propone en el ámbito hospitalario se orienta a dar paso a la palabra del sufriente mediante la figura del psicólogo que porta el lugar del Otro, considerando que el Otro permite la función simbólica de ser el soporte para el sujeto.

**(Palabras clave:** Duelo, objeto, objeto *a*, melancolía, falta, angustia.)

## ABSTRACT

The concept of mourning, *affliction* or *work of mourning* has been and is currently one of the topics which has interested different institutions and mental health authorities since it is considered to be an element that responds to different problems which the subject who suffers faces: Freud described it in the symptom of **melancholy** and later Lacan with the concept of the **object little-a**. This allows us to offer a clinical perspective of **lack** and its effect on the father and mother that conceive a child with birth defects, or when there is some condition which affects the integrity of their children such as a terminal illness or a handicap. The problem of using this concept is set forth in accordance with the following questions: How can a person's need for psychological intervention in a hospital be identified? What is meant by being in mourning? If someone is mourning, is he/she sick? How is a situation of loss handled in a hospital? What is the role of the psychologist in a hospital environment when these circumstances exist? When the topic is said to be object little-a in the **mourning clinic**, reference is being made to the concept of object little-a being able to function as an element of psychological intervention in clinical practice. This thesis presents clinical observations obtained from people who go to the psychologist to alleviate their suffering stemming from a loss and what this implies in hospital environments that are open to the public. The psychological intervention proposed in hospitals is oriented toward giving the person suffering a voice through the figure of the psychologist who takes the part of the Other, considering that the Other provides the symbolic function of being a support for the subject.

**(Key words:** mourning, object, *object little-a*, melancholy, lack, anguish, loss )

## Agradecimientos

A mis padres Gloria y Rubén por el apoyo y esfuerzo brindado para el logro de esta etapa, que sin ellos no hubiera sido posible.

También a Marco mi esposo por el tiempo, la compañía y su sabiduría tan peculiar en los momentos en que mi paciencia, claridad y sentido del humor me abandonaban.

Mi gratitud y reconocimiento al trabajo que sobre mis dificultades de escritura realizó mi Director de Tesis el Dr. Andrés Velásquez Ortega por su minuciosidad, diligencia y apoyo profesional para la conclusión de esta Tesis.

Agradezco a los sinodales: Dra. Raquel Ribeiro Toral, Dra. Guadalupe Reyes Olvera, Mtra. Julia Velásquez Ortega, Mtra. Rosa Adriana Segura Pérez por su objetividad, entusiasmo, rigurosidad, tiempo, perspectivas y saberes enriquecedores.

Gracias al Mtro. Jaime Ledesma Ledesma por compartir sus conocimientos y acrecentar mi inquietud por ejercer la clínica con argumentos éticos y precisos.

También agradezco a la Dra. Ma. De los Ángeles López Cortéz amiga y compañera, por la confianza y apertura hacia mi desempeño dentro del ámbito hospitalario. Así como a las compañeras Paloma y Laura Miriam por el apoyo y el trabajo en equipo realizado hasta el momento.

A mis amigas y amigos Cecy, Claudia, Araceli, Laura Miriam, Lizeth, José Luis, Laura y Víctor por su escucha, amistad y reladas de charlas apasionantes sobre perspectivas de la Clínica, la Psicología y el Psicoanálisis.

# ÍNDICE

	Página
<b>RESUMEN</b>	i
<b>ABSTRACT</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	iii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPITULO I</b>	
<b>El contexto clínico de la intervención psicológica en el ámbito hospitalario</b>	
1.1 El programa multidisciplinario SinDis (Servicios Integrales para la prevención de la Discapacidad)	5
1.2 La demanda de intervención psicológica en el ámbito Hospitalario	6
1.3 La intervención psicológica en el servicio de la Red de Padres del SinDis	8
1.4 Las reacciones ante la pérdida	12
<b>CAPITULO II</b>	
<b>Revisión general del concepto de objeto en Freud</b>	
2.1 Proyecto de una Psicología para Neurólogos (1950 {1895})	14
2.2 Tres ensayos de la teoría Sexual (1905)	22
2.3 Introducción al Narcisismo (1914)	31
2.4 Pulsiones y destinos de Pulsión (1915)	34
2.5 Duelo y Melancolía	38
<b>CAPITULO III</b>	
<b>Jacques Lacan: El objeto causa del deseo</b>	
3.1 El objeto a como resto	45
3.2 El objeto a como causa y el objeto de deseo	51
3.3 El fetiche como causa del deseo	53
3.4 La causa de la angustia	53
3.5 El Otro como ley	55
3.6 Pasaje al acto y acting out	58
3.7 El objeto a en el planteamiento del Duelo y la Melancolía	61
<b>CAPITULO IV</b>	
<b>La clínica del Duelo en el ámbito hospitalario</b>	
4.1 La posición del psicólogo frente la demanda de la intervención psicológica	64
4.2 Estrategias de intervención mediante la Red de Padres	65
4.3 Resultados y conclusiones	71
<b>Conclusiones Generales</b>	75
<b>Bibliografía por capítulo</b>	82
<b>Bibliografía</b>	85
<b>Anexo</b>	87

## INTRODUCCIÓN

En el transcurso de la historia de la humanidad, se ha podido observar un notable interés en las distintas manifestaciones de conducta, de síntomas, de “anormalidades” y de enfermedades que los seres humanos han padecido, como respuesta a diferentes problemáticas a las que se enfrenta el sujeto que sufre, y cuya explicación se ha fundamentado en distintas perspectivas y prácticas de carácter clínico; Al respecto, es importante señalar que, en este trabajo, la clínica es entendida como aquella práctica que pretende una cura, un tratamiento de la enfermedad o la restauración de la salud.

Las diferentes perspectivas con las cuales se ha abordado al tema, son resultado del contexto socio-histórico, del paradigma predominante en el que se desarrollan y de los elementos que en dicho momento se han poseído. Así, el avance de la ciencia, la medicina, la tecnología y los conocimientos transmitidos, articulan nuevos cuestionamientos y reflexiones concernientes a la clínica.

Plantear la clínica del Duelo en el ámbito hospitalario, implica la existencia de un amplio campo de intervención para el psicólogo clínico en cualquier institución hospitalaria. Quien se hospitaliza, llega en condiciones en las que experimenta pérdidas: la pérdida de la salud, la pérdida de la cotidianidad, la pérdida de muchos placeres, la pérdida del contacto con el mundo exterior, la pérdida de ser uno mismo para convertirse en otro paciente, en otra cama, en otro enfermo, etcétera.

Si a lo anterior agregamos que, en el hospital, lo que se privilegia es la evidencia del síntoma en el cuerpo, sabremos que lo que corresponde al plano de las reacciones emocionales o psicológicas, será evidencia únicamente cuando cause estragos en la labor del personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales). Esta situación será una circunstancia muy oportuna para la intervención del psicólogo, siempre y cuando existan las condiciones para la escucha, no sólo del sufrimiento

ante la pérdida, sino también de lo que pudiera ser la ganancia del deseo como posible alternativa de salud integral.

El concepto del Duelo, *aflicción* o *trabajo de Duelo*, es uno de los temas que ha llamado la atención de diversas instituciones y autoridades de salud mental, entre otras cosas porque dicho concepto es considerado como un elemento que responde a diferentes problemáticas que enfrenta el sujeto que sufre. La descripción que al respecto hizo Freud en el síntoma de *melancolía*, y que posteriormente Lacan puntualiza con el concepto del *objeto causa del deseo*, permite poner sobre la mesa la cuestión de la falta, así como su efecto en el padre y la madre que conciben a un hijo con defectos al nacimiento y que tiene un papel central en el proceso de *Duelo*.

El concepto del Duelo es utilizado con diferentes perspectivas, lo que puede traducirse en una de las problemáticas con las que se enfrenta el psicólogo, ante la demanda de una intervención psicológica en una institución hospitalaria; sobre todo cuando lo que está de por medio es un diagnóstico de defecto al nacimiento o una enfermedad en estado terminal.

La solicitud de atención psicológica en la institución hospitalaria se genera habitualmente ante la percepción de sufrimiento en los padres del recién nacido o del niño enfermo. Tal solicitud es argumentada con el empleo del concepto del duelo en el sentido patológico. Es decir, si se percibe sufrimiento en el papá o la mamá ante la información de un diagnóstico, se cree que, quien sufre, experimenta una situación enfermiza. Lo mismo pasa cuando no se experimenta alguna emoción en las mismas circunstancias.

La problemática del uso del concepto de duelo estuvo orientada por los siguientes cuestionamientos: ¿Cómo podríamos identificar si una persona requiere de una intervención psicológica en una institución hospitalaria? ¿A qué se le llama estar en duelo? Si se está en duelo, ¿se es alguien que se encuentra enfermo? ¿De qué manera se maneja una situación de pérdida

en una institución hospitalaria? ¿Cuál es el la función del psicólogo en una situación de pérdida en el ámbito hospitalario?

La elaboración de esta tesis está respaldada por el trabajo de intervención psicológica realizado en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer “Felipe Núñez Lara” de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro, a partir de septiembre de 2006. La necesidad del psicólogo clínico en la institución surgió ante el seguimiento de un programa federal de la Secretaría de Salud llamado SinDis (Servicios Integrales para la Prevención y Atención de la Discapacidad). Dicho programa propone, como estrategia de intervención, la colaboración del psicólogo como parte del equipo multidisciplinario para la atención oportuna de los defectos al nacimiento.

De esta manera, las observaciones planteadas en torno a la reacción de duelo, la melancolía y la función del psicólogo en la institución hospitalaria, se vinculan para proponer conceptos psicoanalíticos como herramientas del psicólogo que labora en una institución hospitalaria desde la perspectiva de la clínica del duelo. Para ello, se retoma el concepto del duelo y de melancolía como una de las tantas posibilidades que hay para reaccionar ante la pérdida de diversas circunstancias: del hijo sano, de la salud, de un proyecto de vida, del sí mismo, etcétera. Es importante señalar que, las anteriores, no son las únicas reacciones que llega a generar la pérdida, pero han sido la causa por la que inicialmente se propone y se dispone el sufriente para ponerse en manos del psicólogo.

Para plantear el duelo y la melancolía, se consideran los conceptos del objeto y su pérdida. De este modo, se propone el concepto del objeto a como causa del deseo y se mantienen como dos posibilidades, porque a partir de ellas es cómo se plantean las implicaciones del concepto del objeto a: contemplando al objeto a como elemento necesario para fungir como la causa del deseo y, por consecuencia, la posibilidad de plantearse la



elaboración del duelo, o incluso elegir el sentido del sujeto deseante (si así se dispone).

El objeto a como causa del deseo propuesto ante la pérdida, sugiere el movimiento del deseo, del deseo de ser padre, madre, tutor, u otro ser que coloque al sujeto en el sentido que él mismo determine por medio de la escucha de lo que tenga que decir para ser.

El contenido de la tesis consta de cuatro capítulos, estructurados a partir del trabajo realizado en la institución hospitalaria. Se inicia con la descripción del contexto en el que se demanda la intervención psicológica, para continuar, en el segundo capítulo, con la argumentación teórica del concepto de objeto y sus implicaciones en el proceso de Duelo. En el tercer capítulo se aborda el concepto del objeto causa del deseo, como un elemento que puede ser herramienta para el psicólogo con orientación psicoanalítica. Finalmente, en el cuarto capítulo, se presenta la propuesta de intervención psicológica, planteada desde el argumento teórico que se revisó previamente.

# Capítulo I

## El contexto clínico de la intervención psicológica en el ámbito hospitalario

### ***1.1 El programa multidisciplinario SinDis (Servicios Integrales para la prevención de la Discapacidad)***

Como se ha dicho antes, las observaciones planteadas en esta tesis sobre la intervención psicológica en la institución hospitalaria, han sido recopiladas mediante mi labor como psicóloga clínica en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer “Felipe Núñez Lara” de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro, desde el mes de septiembre de 2006 y hasta el día de hoy.

La oportunidad de ejercer como psicóloga clínica en el hospital, surgió ante la necesidad de la intervención psicológica en el programa multidisciplinario llamado SinDis<sup>1</sup> (Servicios Integrales para la Prevención y Atención de Discapacidades). En dicho programa, se atiende a recién nacidos e infantes que cursaron o cursan factores de riesgo de daño neurológico como asfixia, prematurez, malformaciones congénitas, síndromes congénitos o enfermedades degenerativas.

El programa SinDis pertenece a los Servicios de la Red de Salud, la cual está planteada de acuerdo al Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta (MAPSA). La atención médica se dirige a usuarios que acuden a Centros de Salud y unidades móviles de la Secretaría de Salud. Desde el primer contacto, se capta a la embarazada para otorgarle la vigilancia de un embarazo saludable, se califica el riesgo obstétrico y se refiere en forma oportuna a los niveles correspondientes de atención especializada, como los hospitales que pertenecen a la Secretaría de Salud de la República Mexicana y que ofrecen el servicio de médicos especialistas.

---

<sup>1</sup> Perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).

El programa SinDis aborda los embarazos, los partos y los recién nacidos con mediano y alto riesgo. Entre los diagnósticos que recibe el SinDis se encuentran las malformaciones congénitas del sistema circulatorio, los defectos osteomioarticulares, el síndrome de rubéola congénita, los trastornos del metabolismo, los defectos del tubo neural, la enfermedad hemorrágica del recién nacido, cardiopatías congénitas, los defectos de labio y paladar hendido, los padecimientos oculares, el Síndrome de Down y el seguimiento al recién nacido prematuro, entre otros.

Entre las actividades generales que realiza el SinDis, está la de efectuar la confirmación del diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento, el manejo de secuelas y la prevención de complicaciones posteriores. El equipo multidisciplinario del SinDis se encuentra constituido por médicos especialistas, nutriólogos, trabajadoras sociales, enfermeras, puericultistas y psicólogas. La información del diagnóstico, la proporciona el médico directamente a los padres del recién nacido sin presencia del psicólogo, por lo que el psicólogo es solicitado posteriormente.

## ***1.2 La demanda de intervención psicológica en el ámbito hospitalario***

Para el personal médico y de enfermería, la información del diagnóstico es manejada desde la perspectiva médica. Lo importante para el personal médico es transmitir el estado general del paciente: si es crítico, estable o aún no determinado por la falta de resultados de los estudios realizados. Como se ha mencionado, lo que se privilegia es la cuestión de la salud o de la pérdida de la salud en el paciente atendido. Sin embargo, cuando requieren la intervención del psicólogo o del psiquiatra, es generalmente para no tener que lidiar con la cuestión emocional del paciente o de los familiares del paciente, pues en muchos de los casos puede ser un obstáculo para la intervención médica o para lo que llaman apego al tratamiento médico.

Los siguientes ejemplos ilustran la forma en que la demanda se produce. Después de comunicar el diagnóstico grave de un recién nacido prematuro, el

médico llama solicitando la intervención psicológica porque la madre del recién nacido sonreía y cantaba a su hijo, lo que el galeno interpretó como señal de que la madre no había entendido el diagnóstico o de que se negaba a entender la gravedad del estado de su hijo. Para otros médicos, también esta reacción suele representar una señal de que “no se está elaborando adecuadamente el duelo”. Otra interpretación por parte de los médicos, después de haber informado sobre las condiciones comprometidas en las que se encuentra un paciente y que observan que la madre o el padre no pueden contener el llanto, es que se trata de una reacción producida por “no saber cómo elaborar un duelo”. Esta concepción del médico acerca del Duelo, es la que genera la interconsulta dirigida al psicólogo en turno, situación que se abordará posteriormente, en el cuarto capítulo, respecto a la clínica del duelo. Obviamente, también existe el criterio de no requerir ninguna intervención psicológica.

Mientras tanto, la intervención del médico psiquiatra es requerida para contener la reacción del familiar del paciente, a partir de suministrarle ansiolíticos únicamente. De lo anterior se argumenta la urgente necesidad de delimitar y proyectar lo que puede ofrecer la intervención psicológica en la institución hospitalaria. Para muchos psicólogos ha sido uno de los principales retos: trabajar en un hospital donde se cree que el psicólogo sirve únicamente para contener el sufrimiento o para ser instrumento de uso según los fines que convengan más al personal de salud. Apagafuegos, lavacerebros, paño de lágrimas, consejero o contenedor de sufrimientos, son algunos de los conceptos con los que comúnmente se confunde la labor del psicólogo en una institución hospitalaria.

Sin embargo, el objetivo general del área de psicología del SinDis plantea brindar el espacio terapéutico y la intervención psicológica oportuna para el tratamiento de la reacción de duelo que llegan a experimentar los padres y madres, a partir del diagnóstico del Defecto al Nacimiento<sup>2</sup> y por

---

<sup>2</sup> Defecto al Nacimiento (DAN) es un término médico utilizado para hacer referencia a la detección de anomalías que se presentan al nacimiento de un infante en la estructura, función o metabolismo de su

medio de las actividades que se realizan con el servicio denominado “Red de Padres”.

### ***1.3 La intervención psicológica en el servicio de la Red de Padres del SinDis***

La Red de Padres es planteada a partir de la necesidad de la intervención psicológica que pretende el programa SinDis. El servicio que ofrece la Red de Padres es proporcionar espacios de reflexión grupales, familiares e individuales orientados a la intervención psicológica.

Entre las actividades que se realizan, están la intervención clínica, el abordaje personalizado en hospitalización y las charlas grupales con los padres y madres que aún tienen hospitalizados a sus hijos, así como para quienes ya pertenecen a alguna de las clínicas del SinDis. Por ejemplo, se realizan charlas psicoeducativas a las clínicas del Hindis como la de Cardiopatías Congénitas, donde se lleva un seguimiento multidisciplinario de los niños que presentan tal padecimiento. Otra clínica es la de Retinopatía del Recién Nacido Prematuro, donde el seguimiento es para aquellos recién nacidos que presentan desprendimiento de retina como consecuencia del grado de prematurez con la que nacieron.

Los temas de las charlas psicoeducativas pretenden abordar cuestiones de orden psicológico como la cuestión del sentido de la pérdida, la paternidad y maternidad, el proyecto de vida y la comunicación de las emociones. Todo ello ha contribuido a que se conformen los grupos de padres y madres de la Red de Padres.

La función del psicólogo en dicha Red de Padres se encuentra orientada a la atención psicológica de padres o tutores, con el fin de asistirlos ante el impacto emocional de las posibles afecciones que pueda presentar el neonato.

---

organismo y que pueden llegar a generar alguna discapacidad física o mental con gravedad variable y, en algunos casos, ser la causa de muerte del recién nacido.

Impacto emocional que en ciertos casos implica el sentido de una pérdida significativa, o una catástrofe para las expectativas que se poseen del hijo que nace bajo circunstancias inesperadas.

El servicio del psicólogo es solicitado cuando los médicos, las enfermeras, las trabajadoras sociales o los mismos padres solicitan su intervención. Existen notables diferencias en la demanda que cada uno de estos actores realizan al servicio de psicología. Para el personal médico (incluyendo al personal de enfermería y Trabajo Social), la demanda se encuentra sostenida por la necesidad de mantener un control en las comunicaciones con el familiar del recién nacido y lograr en la medida de lo posible la cooperación y compromiso de los mismos. De esta manera, la demanda se dirige generalmente con el objetivo de tranquilizar, convencer, contener o sensibilizar, respecto a los objetivos que el médico pretenda llevar a cabo con su paciente que es el recién nacido hospitalizado.

Por otro lado, la demanda que surge de los familiares del recién nacido hospitalizado, se encuentra sustentada en el argumento de encontrar respuestas que puedan contener la incertidumbre en la que se encuentran, o porque, mediante el abordaje realizado personalmente y las charlas temáticas, se favorecen las condiciones para tomar el servicio de psicología como un espacio en el que se pretende encontrar alguna identificación subjetiva: ser padre, madre o cualquier categoría que le permite un espacio para su ser.

Lo que considero importante compartir en el ejercicio profesional que como psicóloga clínica ejerzo hasta el momento, es precisamente la función que se desempeña ante la solicitud de la intervención psicológica. La propuesta respecto a la función del psicólogo corresponde a la atención de aquel que sufre y acude ante él, como alternativa para eliminar su pena. Se considera la importancia de la singularidad de su contexto personal, familiar y social, de acuerdo a las circunstancias que para él son determinantes en su padecer como síntoma. En resumen, se pretende precisar desde dónde proviene la necesidad de la intervención del psicólogo y considerar los objetivos principales de la intervención, frente a la Institución de Salud y los usuarios de ésta.

El diagnóstico que se elaboró en la Red de Padres se estableció mediante el abordaje personalizado de los psicólogos a los padres de familia, cuestionando las necesidades y expectativas de los mismos ante los servicios de salud que proporcionaba la institución, así como las diversas concepciones que manifestaban los padres y madres acerca de la atención psicológica.

En dicho abordaje, inicialmente se diseñó un cuestionario con preguntas abiertas dirigidas al familiar del neonato hospitalizado. Las preguntas se elaboraron con la intención de reunir las impresiones que poseía la gente sobre su estado emocional, sobre lo que considera que hace un psicólogo en un hospital y, finalmente, con el objetivo de conocer cuál sería la razón principal para acudir con un psicólogo.

Los resultados nos brindaron como observación general que no existe un conocimiento apropiado sobre lo que hace un psicólogo en el hospital y sobre la poca importancia que se le atribuye al estado emocional. Fue a partir de estas observaciones que se plantearon estrategias de intervención y de abordaje a los familiares de los neonatos y que se usó también para la construcción de un protocolo de intervención psicológica.

Para ello, se planteó sensibilizar inicialmente a la población usuaria por medio de un abordaje personalizado en el que, además de presentar al servicio que ofrece el psicólogo en el hospital, se realizaría un breve sondeo de su situación emocional y de la manera en que se le considera ante las circunstancias inesperadas de una hospitalización de su hijo o familiar. Además, se diseñó un programa de temáticas con relación a la importancia de la cuestión emocional. Dichas temáticas están dirigidas a quienes visitan a los neonatos hospitalizados, es decir, son para el papá, la mamá o el tutor.

Cada tema tiene el propósito de sensibilizar sobre la cuestión emocional, elemento que, dentro de un hospital, generalmente no tiene espacio o relevancia. Cuando se menciona que se trata de sensibilizar la cuestión emocional nos referimos a plantear que, además del cuerpo como receptor y emisor de sensaciones, también se encuentran las emociones que inciden

tanto en el cuerpo como en la cotidianidad de cada persona. Si existe una circunstancia lamentable, es recomendable que también se le de atención a aquello que conmociona y abate en detrimento de la salud, no sólo del cuerpo sino también de la salud emocional y familiar.

A partir del abordaje personalizado y de las temáticas llevadas a cabo, es como los usuarios llegan a considerar la necesidad de recibir atención psicológica, ya sea para conocer de qué se trata, o para exponer su decir. En consecuencia, abordar el concepto del duelo con relación al concepto causa del deseo, es entonces uno de los principales objetivos de la tesis, con el argumento de señalar cuáles son las implicaciones en la forma de hacer clínica, desde su planteamiento en la clínica del duelo dentro de la institución hospitalaria.

Los síntomas melancólicos que generan la necesidad de constituirse como un sujeto serán los principales motivadores para acudir a la atención psicológica o a otras alternativas que sostengan al sujeto, como las creencias religiosas, la unión familiar, la medicina, el conocimiento de la enfermedad, etcétera. Por ello fue necesario establecer el encuadre de la labor que el psicólogo desempeñaría en la institución hospitalaria, puesto que el lugar del psicólogo es continuamente confundido con el lugar del médico, de la enfermera o de la trabajadora social. Señalo lo anterior porque, ante la información de lo que desarrolla el psicólogo como espacio clínico, se determinaba el enfoque con el que se trabajaría la circunstancia fatídica de quien se encuentra utilizando los servicios de la institución hospitalaria.

Una de las estrategias planteadas fue la aplicación de una encuesta dirigida a padres y madres de los recién nacidos que se encontraban hospitalizados. El objetivo del cuestionario<sup>3</sup> consistió en averiguar la percepción que poseían sobre la atención psicológica en el hospital, y sobre las principales inquietudes y dificultades que comúnmente se identifican al experimentar la circunstancia de tener un hijo recién nacido hospitalizado; además se buscó

---

<sup>3</sup> El cuestionario se encuentra como documento anexo.



sondear el estado emocional desde la perspectiva de los mismos padres y madres. Los resultados de la aplicación del cuestionario se reflejaron en el diseño de temas para las pláticas semanales. Los temas fueron seleccionados para promover y dar a conocer lo que el psicólogo puede ofrecer como servicio dentro de la institución hospitalaria, tratando de eliminar etiquetas y juicios equivocados, como la asociación del psicólogo con la atención a la locura.

Después de realizar una labor de sensibilización y de promover lo que hace un psicólogo en el hospital, nos percatamos de que quienes acudían al servicio de psicología, lo hacían mayormente por iniciativa personal, o por lo menos con el conocimiento de que la psicología puede llegar a ser una herramienta y no un estigma de enfermedad mental.

#### **1.4 Las reacciones ante la pérdida**

La solicitud de atención psicológica por parte de quienes pertenecen a la institución hospitalaria, se genera habitualmente ante la percepción de sufrimiento en los padres del recién nacido diagnosticado con algún defecto al nacimiento o del niño que padece ciertos riesgos de presentar alguna discapacidad. Tal solicitud es argumentada con el empleo del concepto del duelo en el sentido patológico, es decir, si se percibe sufrimiento en el papá o mamá ante la información de un diagnóstico, se cree que quien sufre (o no muestra ninguna emoción) experimenta una situación enfermiza.

Como se indicó en la introducción, es importante abordar la problemática que se presenta con el manejo del concepto de duelo como una de las tantas situaciones a las que se enfrenta el psicólogo en una institución hospitalaria y, para ello, nos hicimos las siguientes preguntas: ¿Cómo podríamos identificar si una persona requiere de una intervención psicológica en una institución hospitalaria? ¿A qué se le llama estar en duelo? Si se está en duelo, ¿se es alguien que se encuentra enfermo? ¿De qué manera se maneja una situación de pérdida en una institución hospitalaria? ¿Cuál es el la función del psicólogo en una situación de pérdida en el ámbito hospitalario?

De acuerdo con las necesidades que se presentan en la institución ante un diagnóstico de defectos al nacimiento, en algunos casos existe una reacción de sufrimiento que corresponde a una situación de pérdida, pero que definitivamente no debería plantearse como patológica ante la primera aparición. Sostener, entonces, la importancia de la intervención psicológica en una institución hospitalaria, requiere analizar el planteamiento de lo que se considera como pérdida y, por consiguiente, de los efectos de la ausencia del objeto perdido, aspectos que se abordarán en los siguientes capítulos de esta tesis, junto con la revisión de los conceptos de Duelo, melancolía, angustia y dolor.

En lo que corresponde al dolor, se considera la observación que hace Freud (1977: 159) al señalar que éste es la genuina reacción frente a la pérdida del objeto, diferenciando con ello que la reacción de angustia es frente al peligro que esa pérdida conlleva y, en ulterior desplazamiento, al peligro de la pérdida misma del objeto. Así, la reacción del dolor no deberá ser tomada como una reacción que deba ser eludida, sino como una oportunidad para intervenir, partiendo de que ese dolor puede ser el preámbulo o consecuencia de cierto momento de angustia y de reacción que posibilite la elaboración del duelo.

Una vez que se han descrito las condiciones en las que se desarrollan las solicitudes de una intervención psicológica y de las expectativas de las mismas, es oportuno señalar los argumentos teóricos en los que se sostiene la propuesta de una clínica del duelo con orientación psicoanalítica. Para ello es necesario revisar el concepto del objeto y el efecto de su pérdida en el sujeto, bajo la perspectiva freudiana; posteriormente, será posible plantear lo que se considera el proceso de duelo.

## **CAPITULO II: Panorámica general del concepto de objeto en Freud**

### **2.1 Proyecto de una Psicología para Neurólogos (1950)**

Para realizar el análisis del concepto del duelo se considera necesario hacer un rastreo conceptual del objeto en la teoría psicoanalítica, particularmente en lo dicho por Freud. Esto nos permitirá explicar cómo la pérdida puede generar, en ciertos casos, melancolía o el trabajo de duelo; así podremos sostener que el concepto del objeto a llega a ser un elemento importante en la clínica del duelo.

Los textos que serán comentados son: *Proyecto de una Psicología para Neurólogos* (1950), *Tres ensayos de la teoría Sexual* (1905), *Introducción al Narcisismo* (1914), *Pulsiones y destinos de Pulsión* (1915) y *Duelo y melancolía* (1917).

En las obras de Freud se tomó como primera referencia el texto de *Proyecto de una Psicología para Neurólogos* (1950). En dicho texto, se puede ubicar la utilización del concepto de objeto para referirse a las nociones de los procesos psíquicos como estados cuantitativos. Freud tiene el propósito de esquematizar los procesos psíquicos mediante un enfoque cuantitativo en el que, según él, se encuentran sometidos a excitaciones externas e internas que generan el movimiento y tramitación de dichos procesos.

Para Freud, existe un principio que regula el equilibrio de la actividad neuronal, de acuerdo a las magnitudes de excitación que experimente el aparato psíquico. Freud representa el esquema neuronal en neuronas sensibles y motoras. Las neuronas sensibles o pasaderas, identificadas con el símbolo  $\Phi$ , se encargan de dejar pasar las magnitudes de excitación a las neuronas impasaderas, cuyo símbolo es  $\Psi$  y que tienen la tarea de retener la excitación, por lo tanto, de mantenerla como recuerdo. Dicho de otro modo, las neuronas impasaderas son quienes portan la función de la memoria.

Para que sea posible la retención de ciertas excitaciones es necesario que dichas neuronas tengan un alto grado de *facilitación*, lo cual significa que las neuronas sean susceptibles para conducir la excitación hacia las neuronas receptoras y de absorber Qn (energía psíquica) de dicha impresión. Además, también es necesario que la magnitud de excitación sea lo suficientemente efectiva para dejar una impresión de la misma. Por lo tanto, el grado de facilitación y la magnitud de la excitación serán los dos elementos principales para la memoria.

La importancia de estos dos sistemas de neuronas tiene su fundamento para explicar cómo es que, ante los estímulos experimentados, puede llegar a conformarse lo que posteriormente sería para Freud el funcionamiento del aparato psíquico. Según el texto referido (Freud, 1950: 339), esto se explica de la siguiente manera: Para Freud el organismo se encuentra en función de lo que emerja en el interior o exterior a éste, es decir, de acuerdo a los estímulos que provoquen una tensión. Los estímulos que intervengan serán inicialmente experimentados como un desequilibrio en el interior del organismo, puesto que Freud especifica que el principio que rige al organismo es el de *Inercia*, el cual edifica la constitución del sistema neuronal, al explicar la trayectoria que genera la percepción de un estímulo en el organismo. Este principio también explica la idea de que Qn (cantidad de energía psíquica) se encuentra sometida a la ley general del movimiento, suponiendo que las neuronas son partículas materiales en las que incide.

El principio de Inercia explica cómo es que, ante la irrupción del estímulo generador de tensión, se ejemplifica la bi-escisión de las neuronas en motoras y sensitivas, las cuales tienen como función cancelar la tensión. La tensión que se genera hace, por lo tanto, que el organismo reaccione con un movimiento reflejo, frente a la “necesidad” de cancelar el estímulo. A dicha reacción de descarga Freud la denomina *función primaria*. La tendencia por eliminar el estímulo se debe a que Freud considera que, anterior a éste, hay un estado de constancia en el que sólo es posible comprender hasta que se experimenta el estado de desequilibrio, puesto que se aspira a volver a él mediante una acción específica y como “apremio a la vida” que se posee.

El apremio a la vida es entendido como la tendencia que posee el organismo a la búsqueda de su permanencia o conservación, y que generalmente está determinado con la acción de huida ante un estímulo que desequilibra, al que Freud (1950: 341) denomina *función secundaria*; argumento cuantitativo de la constitución neuronal y del principio de constancia. De manera más específica, el proceso se haría de la siguiente manera:

1. El sistema de neuronas  $\Phi$  recogerán los estímulos de afuera y también serán las que descargarán las excitaciones que provengan del interior del organismo, realizando la transferencia de  $Q_n$  (cantidad de energía psíquica). Esta función corresponde a la *Función Primaria*.
2. El sistema de neuronas  $\Psi$  se identifica con la sustancia gris encefálica, recibe las excitaciones de  $\Phi$ , no tiene conexión con el exterior y, finalmente, sólo se encuentra en relación a las excitaciones provenientes del interior del organismo. Su función será, además de receptora, la de absorber  $Q_n$  suficiente para obtener una impresión que pueda conducir a un movimiento del cuerpo o huida ante un objeto que pueda ser hostil. Si llega a presentarse la impresión de ese objeto hostil, entonces permitirá que pueda realizarse la *Función Secundaria*.
3. Ante un estímulo que desequilibre al principio de constancia del organismo, la consecuencia será que exista una tensión que exige una descarga en el organismo (*Función Primaria*). Para equilibrar será necesario cancelar el estímulo, mediante la intervención de un "objeto" que posea la cualidad de eliminar dicho estímulo.
4. Cuando interviene ese objeto y elimina la tensión provocada por el estímulo, la consecuencia es que se genera, además de la impresión del estímulo, la impresión de su eliminación, lo cual Freud denomina como *Vivencia de Satisfacción*.
5. Si existe un almacenamiento de  $Q_n$  (Cantidad de energía psíquica) después de la Vivencia de Satisfacción, se posibilitará la *Función*

*Secundaria* que se encarga de huir ante un estímulo que anteriormente ha sido experimentado y del cual se pudo lograr una descarga para eliminar la tensión (acción específica). Por lo tanto, Freud denomina células de percepción ( $\Phi$ ) a aquellas que dejan pasar Qn y células del recuerdo ( $\Psi$ ) a aquellas que poseen barreras-contacto, indispensables para almacenar Qn y que constituyen la memoria.

Lo anterior resume la trayectoria recepción, percepción, acción y vivencia de satisfacción de un organismo. Sin embargo, es imprescindible señalar que la vivencia de satisfacción no es posible sin la intervención de un "Otro" que proporcione el auxilio, necesidad del organismo de un "sujeto" que experimenta los primeros estímulos y sensaciones ante su desvalimiento. La descripción de Freud es aleccionadora, pues presenta la importancia del desvalimiento y de quien acude ante éste para la estructura de lo que será el objeto, su pérdida y, más adelante, el deseo.

Es importante señalar que Lacan hace la diferencia entre el Otro con mayúsculas, que representa al lugar del significante que porta la Cultura, mientras que el otro con minúscula es el semejante. En los textos de Freud no existe tal diferencia, pero sí la relevancia de la presencia de alguien que funja como aquél que asiste ante el desvalimiento del infante. La importancia de este Otro es primordial, puesto que sin su intervención no existiría todo aquello que Freud denominó como los procesos psíquicos. Este Otro será entonces quien proporcione el objeto que eliminará la tensión, o será él mismo quien porte la estructura de objeto ante la vivencia de satisfacción que experimente el sujeto desvalido, al eliminarse el displacer o al generar el placer, por ejemplo, el pecho materno.

"El organismo humano es al comienzo incapaz de llevar a cabo la acción específica. Esta sobreviene mediante auxilio ajeno: por la descarga sobre el camino de la alteración interior, un individuo experimentado advierte el estado del niño. Esta vía de descarga cobra así la función secundaria, importante en extremo, del entendimiento, y

el inicial desvalimiento del ser humano es la fuente primordial de todos los motivos morales” (Freud, 1950: 362).

La vivencia de satisfacción establecida en el sistema neuronal ( $\Psi$ ), no es el último que interviene en los procesos psíquicos denominados por Freud, pues el siguiente sistema lo constituye  $\omega$ . El sistema  $\omega$  será el encargado de proporcionar la “cualidad” de la impresión que dejó la vivencia de satisfacción, ya que para los sistemas  $\Phi$  y  $\Psi$  todo lo que poseen y comparten es cantidad intercelular ( $Q_n$ ), en mayor o menor magnitud, como características. El sistema  $\omega$  tendrá como función otorgar la cualidad de lo que se ha generado en los sistemas anteriores.

Si el organismo del sujeto que anteriormente se ha descrito obtuvo ya una experiencia o vivencia de satisfacción, tendrá, por consiguiente, una imagen-recuerdo del objeto que le proporcionó la eliminación de la tensión. No obstante, aún no puede tener una representación simbólica de lo que hace referencia este objeto. Quien le proporcionará ese criterio, según Freud, sería el sistema  $\omega$ , el cual le enviará la noticia de distinguir entre lo que es una percepción del objeto y lo que puede ser su representación como signo. Cuando se ha establecido este sistema  $\omega$ , Freud señala que ha sido porque existe una investidura del Yo, es decir, una valorización correcta del signo de realidad objetiva en la que, ante un estímulo y la imagen-recuerdo del objeto que proporcionó la vivencia de satisfacción, se genera un juicio entre lo que puede ser “real” y lo que se tiene como percepción. A este proceso Freud lo denominó *proceso secundario*, caracterizado como el proceso de pensar.

“Llamamos procesos psíquicos primarios a la investidura-deseo hasta la alucinación, el desarrollo total de displacer, que conlleva el gasto total de defensa; en cambio, llamamos procesos psíquicos secundarios a aquellos otros que son posibilitados solamente por una buena investidura del yo y que constituyen una morigeración de los primeros. La condición de los segundos es como se ve, una valorización correcta de los signos de realidad objetiva, sólo posible con una inhibición por el Yo” (Freud, 1950: 372).

Las vivencias de satisfacción que posea un individuo serán las que determinarán su desarrollo posterior. La presencia del estímulo generador de tensión es experimentada como *displacer*, su eliminación será experimentada como *placer*. Tales son las impresiones que tendrá el individuo de acuerdo a si se puede lograr eliminar la tensión *displacentera* o no. Una vez que se repita la tensión, con las mismas cualidades con las que se presentó inicialmente, se tendrá la necesidad del objeto que produjo la vivencia de satisfacción anterior. A esta característica de búsqueda del objeto, Freud la denomina como *deseo*, el cual se encuentra dirigido al objeto que tiene su investidura, gracias a las neuronas *impasaderas* que lo percibieron. De ahí que se le llame el objeto del *deseo*. La recurrencia a esta imagen-recuerdo del objeto, es señalada por Freud como el proceso de *alucinación*, puesto que no se posee el objeto, sino la impresión que dejó cuando, por su intervención, se eliminó el estímulo; sin tener un discernimiento de lo real y lo ficticio, se presentará el *displacer* ante la falta de un criterio que pueda darle un examen de realidad y del objeto porque no es real. Este quehacer del aparato psíquico es denominado como proceso *primario*.

Para que el niño pueda discernir entre lo que representa ser un objeto real y aquél que sólo es impresión de éste, será necesario que se tengan vivencias de satisfacción, las cuales tendrán como consecuencia un conjunto de investiduras de ese objeto en  $\Psi$ . Al tener esas investiduras en  $\Psi$ , se podrán desarrollar estados de *deseo* del objeto o de *defensa*, según el estatuto de dicho objeto. Si el objeto proporcionó *placer*, entonces se desarrollará como resto un estado de *deseo*, es decir, una *atracción* hacia el objeto. De la vivencia de *dolor* resultará una *defensa* o *rechazo* que Freud señala como *defensa primaria* o *represión* hacia la imagen *hostil* de lo que produjo *dolor*.

“Del estado de *deseo* se sigue directamente una *atracción* hacia el objeto de *deseo*, respectivamente su huella *mnémica*; de la vivencia de *dolor* resulta una *repulsión*, una *desinclinación* a mantener *investida* la imagen *mnémica* *hostil*. Son estas la *atracción* de *deseo* *primaria* y la *defensa* *primaria*” (Freud, 1950: 367).



La presencia de estos restos da cuenta de que existen un conjunto de investiduras  $\Psi$  que conforman al Yo:

“Esta organización se llama el “yo”, y se la puede figurar fácilmente si se reflexiona en que la recepción, repetida con regularidad, de Qn endógenas en neuronas definidas (del núcleo), y el efecto facilitador que de ahí parte darán por resultado un grupo de neuronas que está constantemente investido, y por tanto corresponde al portador del reservorio requerido por la función secundaria. Cabe entonces definir al yo como la totalidad de las respectivas investiduras  $\Psi$ , en que un componente permanente se separa de uno variable” (Freud, 1950: 368).

El Yo tendrá como tarea preservar sus investiduras buscando la satisfacción, de acuerdo a ese reservorio de impresiones por medio de la inhibición, es decir, conteniéndose ante nuevas estimulaciones para “verificar” si es seguro una descarga o no, o si es necesario reaccionar con la huida ante ese estímulo. El examen de realidad se produce por intervención del sistema de neuronas  $\omega$  que, como se ha mencionado, proporcionará la cualidad de las percepciones que provengan del exterior, dándole significado al sistema  $\Psi$ : característica principal del proceso secundario.

Las investiduras-deseo no se encuentran de manera aislada en cada neurona, por el contrario, se encuentran en conjunto y, por consiguiente, cuando se presenta una investidura deseo y la percepción de un objeto, las investiduras-deseo se comunicarán entre ellas examinando y corroborando si la percepción concuerda con la imagen recuerdo que se posee. Si coincidieran una parte, no se genera la descarga.

“la experiencia biológica enseñará que es inseguro iniciar la descarga cuando los signos de realidad no corroboran el complejo íntegro, sino sólo una parte. Pero ahora se hallará un camino para perfeccionar esa semejanza hasta la identidad. El complejo-percepción se descompondrá, por comparación con otros complejos-percepción, en un ingrediente neurona a, justamente, que las más de las veces

permanece idéntico y en un segundo, neurona b, que casi siempre varía. Después el lenguaje creará para esta descomposición el término juicio y desentrañará el ingrediente constante de percepción, (por un lado), las investiduras cambiantes dentro del manto y el ingrediente inconstante (por el otro); la neurona a será nombrada la cosa del mundo (*Ding*), y la neurona **b**, su actividad o propiedad -en suma su predicado-" (Freud, 1950: 373).

El acto de pensar es descrito como un proceso en el que intervienen las investiduras de Qn procedentes del exterior, dirigidas a neuronas investidas en el Yo con la intención de obtener un estado de identidad (el pensar discerniente o judicativo), la cual puede ser de orden corporal y anterior a aquella que corresponde a una identidad de percepción, relacionada a la vivencia de satisfacción (el pensar reproductor). (Ver Freud, 1950: 378).

El pensar reproductor se refiere al acto de reconducir a la investidura neuronal faltante una Qn que migra desde la percepción excedente. De esta manera, Freud señala cómo es que ante la búsqueda de identidad de percepción se podrá generar la descarga de tensión, sólo sí se obtiene también el dato de signo de realidad. El acto de pensar puro es caracterizado por la búsqueda de identidad de percepción.

Cuando la percepción no coincida con la imagen-recuerdo, se genera un interés por discernir con la intención de averiguar si conduce a un recuerdo. Si el objeto que se percibe es un "prójimo", Freud indica que la percepción coincidirá con el recuerdo de impresiones visuales propias, en un todo semejantes, de su cuerpo propio, con las que se encuentran en asociación los recuerdos de movimientos por él mismo vivenciados. Situación que se explica por la razón de que el prójimo es simultáneamente el primer objeto-satisfacción y el primer objeto hostil, así como el único poder auxiliador. A este proceso, Freud lo nombra *complejo del prójimo*, constituido por dos componentes: el primero que corresponde a la identidad de ser una cosa del mundo y el segundo comprendido por un trabajo mnémico asociado a una noticia del cuerpo propio. (Ver Freud, 1950: 376-377).

“Sobre el prójimo, entonces, aprende el ser humano a discernir. Es que los complejos de percepción que parten de este prójimo serán en parte nuevos e incomparables –p. ej. sus rasgos en el ámbito visual-; en cambio, otras percepciones visuales –p. ej., los movimientos de sus manos- coincidirán dentro del sujeto con el recuerdo de impresiones visuales propias, en un todo semejantes, de su cuerpo propio, con las que se encuentran en asociación los recuerdos de movimientos por él mismo vivenciados. Otras percepciones del objeto, además, - p. ej, si grita-despertarán el recuerdo del gritar propio y, con ello, de vivencias de dolor” (Freud, 1950: 376-377).

Es así como se inaugura el acto del pensar o juicio, según Freud. Para concluir este capítulo, quisiera subrayar que en este texto encontramos que el *objeto-deseo* es aquello que quedó como impresión en el sistema psíquico de lo que le proporcionó la eliminación de displacer. No es el objeto real, sino su representación. Además, la cuestión del desvalimiento y la necesidad de alguien que funge como un objeto auxiliador, son elementos fundamentales para el planteamiento de la clínica del Duelo. Por ejemplo, cuando se llega a experimentar cierto desvalimiento al concebir un hijo que no corresponde con las expectativas de aquella madre o padre y la consecuencia es establecer como acto el fungir como padre o madre. El deseo de ser padre o madre, posee como posibilidad el ponerse en duda o perderse con aquellas expectativas. Argumento que puede encontrarse con relación a señalar qué sucede cuando el semejante no es lo que se esperaba, es decir, cuando la cosa del mundo (*Das Ding*) bloquea, por lo menos en ciertos momentos, la actividad predicativa.

## **2.2 Tres ensayos de la teoría Sexual (1905)**

El texto de Freud *Tres ensayos de la teoría Sexual (1905)*, sirve como referencia para abordar el concepto del objeto sexual, fundamental para el planteamiento de la pérdida del objeto y la importancia de lo que se denomina como meta sexual. Este texto se consideró también para señalar que la constitución del objeto sexual implica la existencia de alguien que pueda proporcionar cierto placer de órgano. Lo que se pretende es plantear que, en el

trato entre el niño y quien lo asiste, existe una fuente continua de excitación y satisfacción sexuales. El surgimiento del objeto sexual se encuentra de esta manera relacionado a las formas de elección de objeto: por la vía del apuntalamiento o por la vía del narcisismo.

Igualmente se puede señalar el carácter cualitativo de los procesos psíquicos, en cuanto a que se habla de cualidades de varios aspectos, como de la tensión sexual, las resistencias a la pulsión sexual, la intensidad de los procesos afectivos y, obviamente, sobre lo que para Freud constituye el concepto de objeto. Es necesario apuntar que se integraron comentarios referentes a la cuestión del objeto, la elección del objeto y su pérdida desde la perspectiva de Diana S. Rabinovich (1988), con la intención de diferenciar claramente entre objeto de deseo, objeto perdido, objeto sexual y las implicaciones en cada uno de sus planteamientos.

De acuerdo con Freud, el concepto de objeto tiene relación con la conformación de la sexualidad. Para Freud (1978: 123), el objeto sexual se considera como “persona de la que parte la atracción sexual”. Dicho objeto sexual se encuentra intensamente relacionado con otros conceptos como *meta sexual*, *pulsión* y *libido*. Según Freud, en todo desarrollo de la sexualidad, la pulsión es quien generará al objeto. Al realizar su investigación psicoanalítica, Freud señala que en todo individuo existen impresiones que demuestran la existencia de una sexualidad infantil que da cuenta de cierta determinación de síntomas y conductas sexuales. Es así como retoma las primeras experiencias del niño ante los estímulos externos e internos, que se desarrollan como manifestaciones sexuales. Por ejemplo, el chupeteo: la exigencia del alimento que posteriormente ha sido satisfecha produce la impresión de cierto placer y para llegar a la actividad del chupeteo, supone no una satisfacción respecto a la exigencia de alimento, sino de un placer autoerótico, como muestra de la independencia del niño con respecto a lo que lo rodea.

La pulsión es entonces la representación de la fuente de esas exigencias que llevan al niño a la búsqueda de satisfacción o de la eliminación de tales estímulos. La pulsión será catalogada como sexual cuando su meta se

encuentre dirigida hacia un órgano, es decir, alguna zona erógena del cuerpo. Con lo anterior se puede concebir cómo es que inicialmente la pulsión es la generadora del objeto, puesto que se ha tenido una impresión de placer que tiende a la elección de un objeto que le permita la repetición como exteriorización sexual:

“En el chupeteo o el mamar con fruición hemos observado ya los tres caracteres esenciales de una exteriorización sexual infantil. Esta nace apuntalándose en una de las funciones corporales importantes para la vida; todavía no conoce un objeto sexual, pues es autoerótica, y su meta sexual se encuentra bajo el imperio de una zona erógena” (Freud, 1978: 165-166).

Diana S. Rabinovich (1988) realizó un trabajo referente a la construcción del concepto de objeto; mediante este texto es posible establecer la delimitación entre los conceptos de objeto de deseo, objeto perdido de la experiencia de satisfacción alucinatoria y objeto en juego a nivel del proceso primario. El objeto perdido del deseo es, según Rabinovich (1988: 6), condición de producción del objeto pulsional, entendiendo que a partir de la experiencia de satisfacción que brindó el objeto, es como surge el rasgo característico del objeto pulsional. El objeto pulsional es aquel que corresponde al placer de órgano.

Ahora bien, Rabinovich también señala que existen tres perspectivas del concepto de objeto en la obra de Freud, dimensiones en las que se articulan diferencias teóricas, como las peculiaridades del objeto perdido del deseo y el objeto pulsional. A partir de las diferencias teóricas de ambos objetos (objeto perdido del deseo y objeto pulsional), Rabinovich plantea dos series diferentes: la serie pulsional con sus estadios y la serie de la elección de objeto que se despliega desde el autoerotismo inicial, pasando por el narcisismo, hasta culminar en la elección del objeto heterosexual. Anterior a la elección del objeto lo que existe es autoerotismo; posterior a éste, se remitirá a un “otro” que será la totalización del objeto sexual. En la serie pulsional Freud (1978: 6-7) considera a ese “otro” como punto de apoyo para el placer de órgano.

Además, el objeto de deseo es caracterizado por la identidad de percepción como regla de la alucinación desiderativa, la cual sitúa al objeto en una posición ajena a la satisfacción de la necesidad e introduce a nivel del organismo una nueva forma de satisfacción: la realización del deseo. A esto, Rabinovich (1988: 11-12) lo nombra como identidad de percepción, el volver a evocar esa percepción, la forma en que el deseo se cumple, es un mítico primer encuentro entre el sujeto y el objeto de "satisfacción".

El narcisismo se ubica como una forma de elección de objeto intermedia, erigida sobre las semejanzas compartidas con quien lo asiste, pero con la singularidad de constituir en consecuencia al objeto de amor, caracterizado por ser la reunión de las pulsiones sexuales (hasta entonces auto-eróticas) y que pertenecen al propio cuerpo como primer objeto de amor.

Rabinovich hace una puntualización al texto de Freud antes referido: señala cómo el autor desarrolla el proceso de instauración de la representación del objeto en el aparato psíquico, lograda gracias a la intervención de un otro. Según Rabinovich, la elección de objeto está relacionada con la inserción del otro para el infante, es decir, fueron necesarias tres tipos de pérdidas:

1. *La pérdida del objeto en su naturalidad*: Para ello fue necesario que se experimentara la presencia del objeto que causó el placer; tal acontecimiento tiene como consecuencia la búsqueda de ese objeto (surgimiento del deseo). Al ser una experiencia original, será irreplicable, independientemente de que se presente el mismo objeto de manera consecutiva. Sin embargo, el deseo seguirá persistiendo. El objeto aquí puede estar constituido, por ejemplo, en el otro que le da la satisfacción de la necesidad de alimento para la eliminación del displacer, este otro es entonces como el objeto auxiliador ante la necesidad del infante. La pérdida se encuentra en la medida en que se vuelve a experimentar la necesidad de alimento y, al intervenir nuevamente el otro y dar la experiencia de satisfacción, ésta no será experimentada de igual manera como la primera vez. No obstante, aunque ya se ha perdido el objeto original como impresión para el infante, da lugar a que pueda sustituirse

por otra impresión en cierta medida semejante. Por ello puede asegurarse que es posible la sustitución del objeto por otro (aunque siempre haya sido el mismo, no siendo así la impresión para el infante).

2. *La pérdida del objeto real*: aquí se ha perdido al objeto como tal, puesto que ya se posee una identificación de éste, es decir, una introyección. Ante la ausencia de éste, la consecuencia en el infante será el inicio del autoerotismo, pues al no estar presente el objeto se utiliza una parte del cuerpo para generar el placer. El objeto puede estar constituido, por ejemplo, por el pecho de la madre que proporciona el alimento. El otro interfiere nuevamente como el auxiliador, pero aquí, si se pierde ese objeto, será en el sentido real. Nuevamente se puede atribuir que existe la sustitución de ese objeto por el cuerpo o alguna parte del cuerpo del infante, que es lo que hace que emerja el autoerotismo.
3. *La pérdida del objeto de amor*: en la que el infante puede, además de identificar al objeto que desea para obtener placer de órgano, también implica el placer que experimenta como señal de amor. El otro es entonces la persona en su totalidad, no sólo el auxiliador, sino también quien provee de amor. Se renuncia al cuerpo mismo para dirigir su pulsión sexual a un objeto que le es ajeno y que, sin embargo, tiene relación con su propio narcisismo, puesto que si lo elige es para darse placer a sí mismo.

Freud (1978: 153) explica la diferencia entre los conceptos de *pulsión* y *pulsión parcial*. La primera se caracteriza por ser un impulso que parte del interior del cuerpo sin tener un objetivo placentero, mientras que la segunda busca el placer específicamente en un órgano o parte del cuerpo:

“Por “pulsión” podemos entender al comienzo nada más que la agencia representante psíquico de una fuente de estímulos intrasomática en continuo fluir; ello a diferencia del “estímulo”, que es producido por excitaciones singulares provenientes de fuera. Así, pulsión es uno de los conceptos del deslinde de lo anímico respecto de lo corporal. (...) Lo que

distingue a las pulsiones unas de otras y las dota de propiedades específicas es su relación con sus fuentes somáticas y con sus metas. La fuente de la pulsión es un proceso excitador en el interior de un órgano, y su meta inmediata consiste en cancelar ese estímulo de órgano.”

Rabinovich (1988: 7) puntualiza que Freud no habla sobre la elección de objeto, sino de la fijación en la que se determina como variable la estabilidad de la pulsión en un objeto:

“Es oportuno subrayar que, en lo referente al objeto pulsional, Freud hablará de contingencia, de fijación, pero nunca de elección. Sin embargo, ambas series (la pulsional y la de elección de objeto) comparten el carácter contingente del objeto así como su posibilidad de fijación.”

Lo que se puede objetar es que, a pesar de que sí se menciona la elección de objeto, se hace considerando a la fijación como una sustitución de un objeto por otro, a partir del amor que experimenta el niño en la lactancia, cuando encuentra el objeto donde se dirige la pulsión; Freud (1978: 203) explica brevemente lo que posteriormente desarrollará en *Introducción al Narcisismo*: “El hallazgo (encuentro) de objeto es propiamente un reencuentro”. Posteriormente, en 1915, Freud (1978: 203) agrega una nota, en seguida de este enunciado:

“El psicoanálisis enseña que existen dos caminos para el hallazgo de objeto, en primer lugar, el mencionado en el texto, que se realiza por apuntalamiento en los modelos de la temprana infancia, y en segundo lugar, el narcisista, que busca al yo propio y lo reencuentra en otros. Este último tiene importancia para los desenlaces patológicos, pero cae fuera del contexto que tratamos.”

Según Rabinovich (1988: 6), Freud especifica esa fluctuación de la serie pulsional, caracterizada por los estadios de la pulsión parcial, en la que la



pulsión no sólo se desliga de la necesidad como meta, sino que va en la búsqueda de un placer de órgano. Para obtener un mejor esclarecimiento de la pulsión, Freud diferencia entre lo que es una necesidad y la satisfacción sexual.

La necesidad es entendida como la que se presenta para la conservación de la vida, por ejemplo, la necesidad de alimento. La necesidad se presentará de manera cíclica, mientras que la satisfacción siempre buscará más y nunca será total. La satisfacción es entendida como el encuentro con el objeto que se perdió, es decir, la realización del deseo. Es por ello que se dice que nunca será total, porque no sacia; aunque se presente el objeto real, la impresión que da no es como la que se tuvo la primera vez. Esto argumenta cómo es que a través de la pérdida de la satisfacción surge el deseo, deseo de tener un reencuentro con el objeto.

La pulsión entonces emerge en esa diferencia o divorcio que señala Freud (1978: 164) entre la necesidad y la satisfacción. La meta de la pulsión será encaminada a la búsqueda del objeto que le proporcione placer en la zona del cuerpo que fue determinada previamente por la experiencia o vivencia de satisfacción:

“El quehacer sexual se apuntala primero en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida, y sólo más tarde se independiza de ella. (...) La necesidad de repetir la satisfacción sexual se divorcia entonces de la necesidad de buscar alimento, un divorcio que se vuelve inevitable cuando aparecen los dientes y la alimentación ya no se cumple más exclusivamente mamando, sino también masticando.

El objeto que se busca puede variar; lo que se pretende es conseguir el placer en cierta zona del cuerpo, la cual fue determinada por el placer obtenido en alguna vivencia de satisfacción. El cuerpo mismo puede ser utilizado para obtener placer; señal de cierta independencia del infante con respecto a lo que es exterior a él mismo. Freud (1978: 165) señala tres caracteres de la exteriorización sexual infantil:

1. Nace apuntalándose en una de las funciones corporales de la vida (chupeteo).
2. Al conocer el objeto sexual (que proporciona placer en una zona determinada del cuerpo), la exteriorización sexual busca al objeto que dé placer, que puede ser cualquiera.
3. Selecciona alguna parte del cuerpo propio como una manera de independizarse del exterior y por el placer que se da a él mismo, debido a esa zona del cuerpo erogenizada.

La variabilidad del objeto se puede explicar también desde las perspectivas que Freud señala en la pérdida del objeto y la meta sexual de la pulsión.

#### *Pérdida del objeto*

Siguiendo las primeras vivencias del infante, Freud indica que ese primer objeto, que es pulsional porque aún no hay una diferenciación entre lo interior y exterior, proviene de otro que lo asiste. La vivencia de satisfacción está ahí, conectada con la necesidad de conservación, por ejemplo, en el pecho materno que alimenta al infante. El objeto es pulsional en la medida en que no sólo elimina la tensión de la necesidad alimenticia, sino en lo que da como satisfacción placentera. Pierde al objeto pulsional y al presentarse nuevamente la necesidad alimenticia, también lo que se busca es el placer que pudo causar en la zona oral del infante.

Hay un planteamiento de Freud (1950) en *Proyecto de una Psicología para neurólogos* que también retoma en el texto aquí analizado: el infante recurrirá al proceso de alucinación, lo cual no le asegurará ni la satisfacción de la necesidad, ni la satisfacción o realización del deseo; se experimenta la pérdida del objeto real. Sin embargo, se posee la zona donde se causó el placer y el infante recurre a alguna parte de su propio cuerpo para darse placer de manera independiente. Es aquí donde Freud señala que se produce el autoerotismo y donde se argumenta la variabilidad del objeto. El infante es así un objeto de deseo para quien acude a su llamado y quien recurre al llamado lo

es para ese infante. Esta elección que realiza el infante fue posible gracias a las pérdidas que Rabinovich (1988: 23) señala:

- a) Pérdida del objeto real.
- b) Pérdida del objeto pulsional.
- c) Pérdida del objeto de amor.

### *Meta sexual*

Freud (1978: 167) señala que la pulsión tiene como objetivo reproducir la vivencia de satisfacción y, teniendo “identificada” la zona del cuerpo erogenizada, utiliza lo que tiene a su alcance (que es su propio cuerpo) para darse placer:

“En cuanto estado, la necesidad de repetir la satisfacción se trasluce por dos cosas: un peculiar sentimiento de tensión, que posee más bien el carácter del displacer, y una sensación de estímulo o de picazón condicionada centralmente y proyectada a la zona erógena periférica. Por eso la meta sexual puede formularse también así: procuraría sustituir la sensación de estímulo proyectada sobre la zona erógena, por aquel estímulo externo que la cancela al provocar la sensación de satisfacción. Este estímulo externo consistiría la mayoría de las veces en una manipulación análoga al mamar.”

En el autoerotismo se recurre entonces al cuerpo propio, ante la búsqueda de encontrar placer por la pérdida del objeto real. Posteriormente, para apuntalar la pulsión al exterior del cuerpo, será necesario que el infante experimente la pérdida del objeto de amor, es decir, del objeto que, además de dar satisfacción de necesidad, placer en una zona determinada del cuerpo, también provee de afectos, de lo que aprendió de quienes lo rodean al asistirle:

“El trato del niño con la persona que lo cuida es para él una fuente continua de excitación y de satisfacción sexuales a partir de las zonas erógenas, y tanto más por el hecho de que esa persona –por regla

general, la madre- dirige sobre el niño sentimientos que brotan de su vida sexual, lo acaricia, lo besa y lo mece, y claramente lo toma como sustituto de un objeto sexual de pleno derecho” (Freud, 1978: 203).

El desarrollo posterior de la sexualidad, será determinado por las peculiaridades en las que se enfrentará el sujeto ante la búsqueda y elección de los objetos sexuales, en los que intervendrá el proceso de la represión (si es que la hay) y de las inhibiciones sexuales que experimente. El concepto de objeto se construye de manera más precisa con la introducción de la presencia del otro para el inicio del autoerotismo, narcisismo y del surgimiento del Yo. La sexualidad es entendida entonces como lo manifiesto de esa búsqueda de placer, según sea lo que determina la pulsión sexual en determinado órgano o la pulsión yoica, que implica un objeto de amor con la característica de ser ambivalente: amor-odio o pasivo-activo.

### **2.3 Introducción al Narcisismo (1914)**

Fue en el texto *Introducción al Narcisismo* (1976) donde Freud retoma las peculiaridades de la elección de objeto. Según Freud, con la introducción de su teoría de la libido, el narcisismo es un estado completamente indispensable en el desarrollo de todo individuo, puesto que interviene en el establecimiento del Yo del sujeto y, por tanto, en la elección de objeto u objetos.

Para realizar la introducción al narcisismo, Freud (1976: 73-74) distingue dos tipos de libido: libido yoica y libido de objeto. La libido yoica es primordial y surge como la investidura que el niño instaura en su propio cuerpo, ante las impresiones que experimenta desde su nacimiento. La libido de objeto es aquella que se dirige para investir a un objeto ajeno a lo que se considera como propio del cuerpo, a lo que llama Freud como resignación de la personalidad propia, cuyo ejemplo lo muestra el estado del enamoramiento:

“Vemos también a grandes rasgos una oposición entre la libido yoica y la libido de objeto. Cuando más gasta una, tanto más se empobrece la otra. El estado del enamoramiento se nos aparece como la fase superior

de desarrollo que alcanza la segunda; lo concebimos como una resignación de la personalidad propia a favor de la investidura de objeto y discernimos su opuesto en la fantasía (o percepción de sí mismo) de "fin del mundo" de los parafrénicos."

Otra diferencia se encuentra en localizar a la libido yoica como correspondiente a las pulsiones primordiales, tales como la necesidad de alimento, y a la libido de objeto como aquella que correspondería a la pulsión de amor. La libido de objeto responde a la falta de satisfacción que el propio cuerpo no proporciona; las pulsiones así se dirigen a un objeto externo que pueda facilitar la satisfacción, ante la tensión que se presenta en el organismo. Para que pueda dirigirse a un objeto externo es necesaria la presencia de otro que pueda facilitarle los primeros objetos sexuales; gracias a esto se distinguen dos tipos de elección de objeto: por apuntalamiento y el narcisista. El tipo de apuntalamiento se refiere a que elige objetos según el modelo que le proporcionó la madre o quien le procuró los cuidados, mientras que el narcisista sería tomando como modelo la propia persona. En el tipo narcisista y en el de apuntalamiento, dice Freud (1976: 87), se eligen distintas cosas.

**1. Narcisista:**

- a) A lo que uno mismo es (a sí mismo).
- b) A lo que uno mismo fue.
- c) A lo que uno quería ser.
- d) A la persona que fue una parte del sí mismo propio.

**2. Apuntalamiento:**

- a) A la mujer nutricia.
- b) Al hombre protector.

En cuanto al papel de la represión en la elección de objeto, Freud señala que proviene del Yo, puesto que se ha establecido una diferenciación entre lo que es lo externo y lo que es propio para el niño; surge un ideal en el Yo que sirve como referencia para conseguir lo que le hace falta. Esta formación del ideal del yo es la condición para toda represión. La premisa que guía esta

afirmación, se localiza sobre la sublimación y la idealización. En la idealización lo que sucede es la identificación del objeto al cual se dirige la pulsión, mientras que en la sublimación la pulsión se dirige a otra meta, en la que también se consigue la satisfacción y en la que el objeto no es sobrestimado como en la idealización.

En la sublimación lo que se pretende es evitar a la represión: alcanzar la satisfacción sin que el objeto tenga mayor relevancia, mientras que en la idealización, lo que se desea es el objeto para la satisfacción, donde la represión interviene si es necesario, mediando entre el displacer y el alcance del objeto como satisfactor.

El texto al que nos referimos, muestra entonces cómo a partir de que surge la pulsión sexual, la elección del objeto dependerá de la manera en que el infante percibe la presencia del otro que lo asiste. La elección de objeto anaclítica se caracteriza principalmente en la intención de apoyarse en un objeto que sirva para garantizar la sobrevivencia, mientras que en la elección de objeto narcisista se orienta a la formación de la imagen de sí. Es decir, ya sea a partir del patrón de elección que ejerce ese otro (elección anaclítica) al ser un objeto de amor para el infante, o a partir de ese intento de independencia que ejerce el infante ante el otro que le asiste (elección narcisista), según la satisfacción que pueda representar para el yo del infante.

Es importante subrayar que la elección de objeto representa un aspecto sobresaliente respecto a la tesis planteada, al mostrar los efectos en aquel padre o madre que llega a experimentar el impacto de concebir a un hijo(a) con defectos al nacimiento; impacto bien puede ser identificado cuando se presenta la dificultad para afirmarse como padre o madre de aquel recién nacido que no se esperaba. La imagen del hijo esperado que no corresponde con el hijo concebido con defectos al nacimiento, lleva como consecuencia al cuestionamiento de la elección de objeto que, por las características de los efectos de dicho impacto, sugiere que estaríamos identificando una elección de objeto narcisista.

## **2.4 Pulsiones y destinos de Pulsión (1915)**

El análisis del texto *Pulsiones y destinos de Pulsión* (Freud, 1976) lleva como argumento analizar cómo, a partir de la construcción de la teoría psicoanalítica, el concepto del objeto también posee como característica la variabilidad, es decir, el objeto que se desea puede llegar a ser diferente en función de la dirección y meta de la pulsión. La importancia de dicho planteamiento radica en la posibilidad de responder cómo es que, ante las circunstancias de una pérdida del objeto deseado, se posibilitaría dirigir el deseo de alcanzar otro objeto. El movimiento del deseo vendría a ser una propuesta para aquellos padres o madres que experimentan una pérdida del hijo(a) esperado pero que, de acuerdo al proceso de duelo como alternativa, sería una posibilidad para afirmarse como padre o madre del recién nacido con defectos al nacimiento o con pocas esperanzas de vida.

En el texto *Pulsiones y destinos de Pulsión*, Freud (1976: 114) retoma el esquema del estímulo y el reflejo para recapitular el funcionamiento del aparato psíquico: la pulsión como el estímulo de fuerza constante, cuya dirección es lo psíquico (sin ser el único dentro de lo psíquico) y de la cual no es eliminada ante el abandono de la tensión que provoca la pulsión:

“El estímulo pulsional no proviene del mundo exterior, sino del interior del propio organismo (...) La pulsión, en cambio, no actúa como una fuerza de choque momentánea, sino siempre como una fuerza constante. Puesto que no ataca desde afuera, sino del interior del cuerpo, una huida de nada puede valer contra ella.”

La pulsión no puede asemejarse a la excitación provocada por los estímulos externos, puesto que las pulsiones son restos de los estímulos externos: emergen en lo corporal, pero su satisfacción va más allá de ésta. En este texto, Freud (1976: 116) señala que el organismo está regulado por el principio de placer: al intervenir un estímulo que produzca tensión será generado el displacer y al disminuir la tensión se incrementará el placer:

“ Y si después, hallamos que la actividad del aparato psíquico, aún del más desarrollado, está sometida al principio de placer, es decir, es regulada de manera automática por sensaciones de la serie placer-displacer, difícilmente podremos rechazar otra premisa, a saber, que esas sensaciones reflejan el modo en que se cumple el dominio de los estímulos.”

Por tanto, después de haber experimentado una vivencia de satisfacción, la presencia de un estímulo “endógeno” tendrá la exigencia de satisfacerla mediante la intervención de un objeto específico que pueda alcanzar dicha meta de satisfacción. La fuente de esta pulsión será somática, puesto que se ha señalado cómo es que la pulsión inicialmente surgió como una necesidad en el cuerpo, cuya trayectoria quedó inscrita en una parte del cuerpo u órgano (Freud, 1976: 118):

“Por fuente de la pulsión se entiende aquel proceso somático, interior a un órgano o a una parte del cuerpo cuyo estímulo es representado en la vida anímica por la pulsión.”

En cuanto a la concepción del objeto, encontramos que Freud (1976: 118) lo señala como aquello que, además de tener la función de servir como satisfacción de una o varias pulsiones, se le agrega ser el más variable en las metas de la pulsión. El objeto puede llegar a ser una parte del cuerpo o algo ajeno a éste. El objeto, por lo tanto, está íntimamente ligado a la función de la pulsión y viceversa, puesto que con la existencia de un objeto es como surgió la pulsión, así como sin la pulsión no existiría la meta de alcanzar a un objeto:

“Un lazo particularmente íntimo de la pulsión con el objeto se acusa como *fijación* de aquella. Suele consumarse en períodos muy tempranos del desarrollo pulsional y pone término a la movilidad de la pulsión contrariando con intensidad su desasimiento.”

La fijación será la que determine que el objeto no sea tan fácil de abandonar, debido al vínculo que se instaura entre la pulsión y éste. La meta



de la pulsión será lo que toda pulsión desea: su satisfacción. La meta, de igual manera que el objeto, puede variar e incluso puede combinarse con otras metas de otras pulsiones. Freud (1976: 118) señala también la existencia de pulsiones “de meta inhibida”, cuando la meta se desvía de su meta original o se inhibe:

“La meta de una pulsión es en todos los casos la satisfacción que sólo puede alcanzarse cancelando el estado de estimulación en la fuente de la pulsión.”

Para Freud existen dos grupos de pulsiones que son primordiales como construcciones auxiliares para la explicación del funcionamiento del aparato psíquico:

1. Pulsiones Yoicas o de autoconservación
2. Pulsiones sexuales

Las pulsiones Yoicas tienen como consideración la conservación del individuo, mientras que las pulsiones sexuales aspiran a su satisfacción parcial, porque se dirigen a la satisfacción de algún órgano del cuerpo y, por lo tanto, su fuente generadora puede partir de cualquier parte del cuerpo. En un inicio, las pulsiones sexuales están guiadas por las pulsiones yoicas y posteriormente se independizan de éstas. Cuando en este proceso de dependencia se ha identificado el objeto que genera el placer o elimina el displacer, Freud señala que es cuando más se encuentran sometidas a las pulsiones yoicas, puesto que son las que le proporcionan la dirección para el alcance del objeto, en función al placer del órgano erogenizado.

Finalmente, *Pulsiones y destinos de Pulsión* sirve para concluir que la variabilidad del objeto estará determinada, tanto por la vivencia de satisfacción, como por la pérdida del objeto y el surgimiento del deseo, principales elementos que contribuyen a mantener la dirección de la pulsión o pulsiones. En resumen, el concepto de objeto de Freud ofrece las siguientes conjeturas:

En el *Proyecto de Psicología para Neurólogos*, Freud establece el concepto de objeto tomando como referencia los estados psíquicos como estados cuantitativos de acuerdo a la ley general del movimiento. El objeto en cuanto función es aquél que elimina la tensión generadora del desequilibrio en el sistema de neuronas y cuyo resultado es una vivencia de satisfacción, la cual trae como consecuencia una atracción hacia ese objeto. El objeto es, por lo tanto, una representación.

En el texto de *Tres ensayos de una teoría Sexual*, el concepto de objeto pertenece a la categoría de ser una representación a la que ahora se le atribuye ser “sexual”, debido a que es generado por la pulsión que aspira al placer de órgano. Dicha característica se refiere a que su presencia será generadora de placer, considerando que el placer no es exclusivo de la genitalidad, sino de cualquier parte del cuerpo. El objeto (su representación) no sólo pertenece a los objetos inanimados, puesto que el “otro”, que es quien auxilia al infante, también adquiere la categoría de objeto y de quien algunas veces también parte la atracción sexual. La elección del objeto estará determinada por las pérdidas que sufra el infante para poder sustituir los objetos por otros. Esta sustitución también se encuentra relacionada con la intromisión del otro; de donde se puede llegar a una explicación sobre cómo es que hay un divorcio entre necesidad y satisfacción sexual.

En *introducción al Narcisismo*, se localizan los distintos tipos de elección de objeto de acuerdo a los modelos que el infante haya podido experimentar. Para ello, fue necesaria la concepción de libido yoica y libido de objeto, que permiten esclarecer el surgimiento del yo en el infante. A partir de las pérdidas que anteriormente fueron señaladas en los textos previos, se puede configurar la manera en que el infante renuncia a las satisfacciones sexuales de su propio cuerpo para dirigir su libido a objetos externos a él mismo y constituir su Yo de forma contemporánea al narcisismo.

El texto *Pulsiones y destinos de pulsión* permite subrayar la variabilidad de los objetos a los que puede aspirar la pulsión; señala la importancia de distinguir las pulsiones yoicas como aquellas que tienden a la conservación de

la vida y las pulsiones sexuales que tienden al encuentro con el objeto que produzca placer. El objeto en estos textos nos permite abstraer al concepto como una representación de lo que produjo placer en una primera experiencia y cuya pérdida determina los destinos de la pulsión. El concepto de objeto que desarrolló Freud puede emplearse en lo que posteriormente se desarrollará con la concepción del objeto causa del deseo de Jacques Lacan; así será posible esclarecer si ambas teorías, la de Freud y la de Lacan, son equivalentes, o bien determinar las innovaciones que encontramos en este último autor.

### **2.5 *Duelo y Melancolía (1917)***

El texto *Duelo y Melancolía* se revisó porque en él la noción de pérdida es fundamental, tanto para abordar la condición de concebir un hijo con defectos al nacimiento, como para la condición de concebir a un hijo en situaciones no esperadas, como la llegada de un recién nacido prematuro que debe encontrarse hospitalizado. Es claro que dichas circunstancias pueden o no llegar a ser perturbadoras, pero sí pueden representar un factor de pérdida de las expectativas para los padres y de la imagen esperada del recién nacido.

A continuación, en una primera parte de este capítulo se plantea el concepto del duelo y la melancolía con el objetivo de esclarecer sus semejanzas y diferencias. Posteriormente, se presenta el trabajo de intervención clínica que se elaboró para la atención de quienes identifican la pérdida, ante la circunstancia de concebir un hijo con defectos al nacimiento o en condiciones precarias de salud.

Según el psicoanálisis planteado por Sigmund Freud (1978: 241), el duelo es “La reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etcétera”. Freud señala puntualmente la diferencia entre el duelo y la manifestación de melancolía, a la que le atribuye un estado patológico:

“A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía (y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza). Cosa muy digna de notarse, además, es que a pesar de que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni remitirlo al médico para su tratamiento”.

Lo que llama la atención a Freud (1976: 243), es la característica que únicamente manifiesta la melancolía: “una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico [ichgefühl].” Esto tiene como implicación la elección de objeto que realizó el sujeto y, a su vez, el resultante generado ante la pérdida como una regresión al narcisismo originario (Freud, 1976: 247):

“Tiene que haber existido, por un lado, una fuerte fijación en el objeto de amor y, por el otro y en contradicción a ello, una escasa resistencia de la investidura de objeto. Según una certera observación de Otto Rank, esta contradicción parece exigir que la elección de objeto se haya cumplido sobre una base narcisista, de tal suerte que la investidura de objeto pueda regresar al narcisismo si tropieza con dificultades. La identificación narcisista con el objeto se convierte entonces en el sustituto de la investidura de amor, lo cual trae por resultado que el vínculo de amor no deba resignarse a pesar del conflicto con la persona amada.”

Quien se encuentra en el proceso de duelo, reacciona frente a la pérdida sin perder su yo, sufre, pero no como un estado patológico. Lo que contribuye al proceso de duelo es la existencia del examen de realidad en el que muestra que el objeto amado se ha perdido. El resultado es lo que comúnmente se le atribuye como la condición necesaria para superar la pérdida. Sin embargo, si la reacción del sujeto frente a la pérdida permanece como melancolía constante, se debe a que la identificación que se tiene con el objeto perdido se dirige hacia el yo, la libido no se desplaza, se paraliza para contenerse en el Yo, propiciando que haya un sentimiento de pérdida del sí mismo, el sujeto que

sufre es ahora como el objeto perdido, mostrando así síntomas melancólicos (Freud, 1976: 246):

“El resultado no fue el normal, que habría sido un quite de la libido de ese objeto y su desplazamiento a uno nuevo, sino otro distinto, que para producirse parece requerir varias condiciones. La investidura de objeto resultó poco resistente, fue cancelada, pero la libido libre no se desplazó a otro objeto sino que se retiró sobre el yo. Pero ahí no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado.”

En la melancolía, la pérdida del objeto genera en el sujeto la pérdida de sí mismo. Es decir, se produce una regresión que va de la elección de objeto al narcisismo originario (Freud, 1976: 87). Entonces la regresión al narcisismo implica que el objeto perdido se alberga en el Yo, el cual es tratado del mismo modo en que se habría hecho con dicho objeto.

Si se retoma el concepto de narcisismo, es precisamente para argumentar que la constitución del sujeto requiere del paso que se hace del narcisismo a la elección de objeto. Freud (1976: 87) señala como indispensable las primeras relaciones de amor que el niño experimenta, pues a partir de éstas el niño posee como referencia sus primeros objetos de amor, los cuales constituyen el Ideal del Yo. Dicha situación surge en el momento en que el niño dirige el amor que se tiene a sí mismo hacia el objeto de amor que desea, por medio de la identificación y como resultado de la pérdida del objeto de amor del niño. Las identificaciones que realiza el niño (las cuales constituyen al Ideal del yo) se encuentran con base en los modelos que ofrecen las relaciones con estos primeros objetos de amor, mientras que las identificaciones son las formas en que puede recuperar a los objetos de amor perdidos (Freud, 1978: 99):

“En el caso de la identificación, el objeto ha sido perdido (...) o abandonado (...) Entonces vuelve a erigirse en el yo y el yo se transforma parcialmente y de acuerdo con el modelo del objeto perdido [Vorbild]. Esto sucede respecto al padre: el padre es erigido como modelo. La madre, por su lado, es investida como objeto [Objektbesetzung] al modo del enamoramiento [Verliebtheit]. Es decir, el objeto es conservado y como tal, sobre investido por parte del yo y a sus expensas. Se establece así una especie de vasallaje por parte del yo hacia el objeto. El yo pierde parte del amor que se tiene a sí mismo para cederlo al objeto y ponerse a su servicio.

Considero que, tanto el duelo como la melancolía descrita como lo hace Freud, son manifestaciones clínicas vigentes en el discurso de aquellos que toman la determinación de buscar la posibilidad de una cura, mediante la intervención del psicoanálisis. La teoría analítica también posibilita el argumento de identificar dicha vigencia, así como de una modificación en la perspectiva y determinación de la subversión del sujeto.

Freud señala en *Duelo y Melancolía* (1917) como característica principal de esta última, la pérdida del sí mismo, “desconocer” lo que se pierde y percibirse como alguien diferente a lo que se creía ser. Además, a estas características particulares de la melancolía se le agregan aquellas que pertenecen a lo que Freud señala como las reacciones que se presentan ante una situación de pérdida:

- La pérdida del interés por el mundo exterior-en todo lo que no recuerde al muerto.
- La pérdida de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor-en reemplazo, se diría, del llorado.
- El extrañamiento respecto de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del muerto. (Inhibición del Yo).
- El mundo se ha hecho pobre y vacío.

- El examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto.
- A lo anterior se opone una comprensible renuencia; universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aún cuando su sustituto ya se asoma.
- Extrañamiento de la realidad y una retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseo.

El trabajo clínico que desempeño me ha permitido identificar el síntoma de la pérdida del sí mismo. Ello aparece en el discurso enunciado por la mayor parte de los pacientes que señalan perder el sentido de la vida, de la cotidianidad, de su ser como padre, madre, esposo (a), hijo (a), trabajador (a), ama de casa, etcétera; con frecuencia, se escucha decir, cuando se encuentran en una situación de pérdida como lo es concebir a un hijo con alguna discapacidad, enfermedad o alteración que cause la pérdida total o parcial del hijo sano que poseían (por ejemplo, leucemias, accidentes que producen daño neurológico severo, malformaciones congénitas, quemaduras, etcétera). Considero que tal trazo melancólico se concreta en la dificultad para plantearse qué es lo que son de ese bebé que aún no tiene un diagnóstico y pronóstico establecido. Incluso, es posible observar momentos de angustia, momentos que generalmente transcurren cuando los médicos aún no pueden establecer algún diagnóstico o pronóstico, ante la falta de resultados de los estudios aplicados (los estudios de laboratorio, la espera necesaria para observar mejoría, el tiempo necesario para verificar el efecto de un tratamiento médico, o la evolución posterior a una cirugía).

Es posible también encontrarse con momentos de angustia en el discurso de los padres que concibieron un hijo sano. La circunstancia de ser padre o madre implica la pérdida de muchas otras cosas y actitudes que comprometen a su persona. Hay quienes eligen continuar con lo que era su cotidianidad y delegan la maternidad o paternidad a quien desee hacerlo. Existen los que dejan de ser el ama de casa, el esposo, la hija, el empleado, la amante, el amado, etcétera, para convertirse en otra cosa o en otra categoría

de sujeto con la llegada de la maternidad o paternidad. Sin embargo, no siempre es algo adverso, pues también hay otras posibilidades de reaccionar ante el desvalimiento que propicia la angustia y que llegan a constituir las condiciones para generar el movimiento del deseo. Es decir, querer alcanzar el objeto que se desea o dirigir la atención hacia otro sentido para aspirar a otros objetos.

Que la reacción ante una pérdida de la naturaleza que hemos descrito cambia de situación a situación, de caso a caso, lo muestran los siguientes ejemplos:

a. Aquel padre o madre que, ante la adversidad de encontrarse con un hijo distinto al esperado, reacciona “estoicamente”, es decir, con gran entereza ante la desgracia, sin manifestar alguna señal de placer o dolor ante la circunstancia de recibir a un hijo con discapacidad, pues señalan que el ser padre o madre bajo dichas circunstancias “representa una gran responsabilidad” o “es un reto que les dejaría muchas satisfacciones. Se muestran indiferentes, pero identifican a qué aspiran y son aquellos que acuden puntualmente a sus citas programadas con los especialistas y con el psicólogo. Estoicismo, optimismo o cualquier otra categoría, finalmente es otra reacción ante la pérdida, que bien podría dar cuenta de lo oportuno que llega a ser; se pierde un proyecto pero se gana otro. El deseo se encuentra en movimiento, por lo menos para quedar bien con algún Otro: con el DIF, con los padres de los padres, con la institución hospitalaria o con el psicólogo, para evitar o ganar la atención.

b. La madre del infante diagnosticado de ceguera profunda asistía a todas las citas indicadas por los médicos para su revisión necesaria. Sin embargo, su asistencia no era garantía de que llevara a cabo la tarea de realizar los cuidados recomendados médicamente, pues su bebé presentaba desnutrición severa y no realizaba las terapias de neurodesarrollo (lo cual era evidente por el retraso en el área psicomotriz y de lenguaje, así como por la vulnerabilidad de su estado,



que le llevaba constantemente a hospitalizarse por las bajas defensas de su condición. Por las entrevistas a las que acudió al servicio de psicología, se tiene conocimiento de que el bebé fungía como la ocasión para obtener beneficios o, según Lacan, la garantía de ese Otro. El hijo era con lo que podía tener o ser; ese objeto que le permitía obtener prebendas, porque finalmente ese hijo parecía no ser importante en sí. La independencia de ese bebé echaría abajo su proyecto de lo que esa mujer llamaba “ser madre”, pues ya no tendría beneficios económicos que le otorgaban instituciones de asistencia pública, los beneficios económicos y el apellido del padre, entre otras ganancias, como la de darle un padre a su hija. Asiste a las entrevistas de psicología porque así es el seguimiento multidisciplinario del programa SinDis, no por una disposición voluntaria. Cuando el psicólogo le cuestiona los propósitos de su asistencia a la atención psicológica, responde que es meramente un requisito para ser beneficiada por los servicios que le ofrece la institución. Sin embargo, abandona únicamente el servicio de psicología sin previo aviso. Es interesante que, después del cuestionamiento acerca de su asistencia con el psicólogo, se ausente definitivamente. La razón probablemente sea que el psicólogo brindó una posición diferente a lo que los médicos o instituciones de asistencia pública le ofrecieron: un espacio para su palabra, que para el perverso no es funcional.

Para concluir sobre las reacciones que puede generar una pérdida, es posible sostener que no necesariamente la pérdida llega a ser una melancolía o una elaboración de duelo como lo hemos ejemplificado. Finalmente, hemos revisado algunos textos de Freud para articular los conceptos del objeto con relación a la pérdida, el duelo, la melancolía y la función que, posteriormente, puede poseer el concepto del objeto causa del deseo en la intervención clínica. De esta manera, en el siguiente capítulo, abordaremos las implicaciones del concepto del objeto causa del deseo, partiendo de su descubrimiento y los ejemplos en los que pudiera servir como elemento de apoyo para la intervención clínica.

## Capítulo III

### Jacques Lacan: el objeto a causa del deseo

#### *Algunos aportes a la problemática del deseo en Psicoanálisis:*

#### *sobre el objeto a en el seminario de la Angustia*

#### **3.1 El objeto a, su diferencia con el objeto común y la cuestión de la causa**

Lo que se pretende en este capítulo, en primer término, es abordar el concepto del objeto a causa del deseo, desde su introducción en el *Seminario de la Angustia* de Jacques Lacan (1962-63), para posteriormente preguntarnos si tiene alguna implicación en la cuestión del trabajo de duelo planteado por Freud y si es posible pensar en intervenciones psicológicas en la clínica del duelo apoyados en dicho concepto. Dentro de la amplia gama de temas con los que éste se relaciona, hemos elegido aquellos mostrados por Lacan, que consideramos nos aproximan a la idea de objeto a y a su relación con el tema de la falta y la pérdida de objeto.

Antes de plantear al objeto como causa del deseo, es menester contextualizar el problema del deseo en Psicoanálisis. Freud establece una diferencia entre la experiencia de satisfacción de la necesidad y la realización del deseo. Rabinovich (1988: 11) lo puntualiza al mencionar que la satisfacción de la necesidad corresponde a la acción específica, mientras que la realización del deseo le corresponde a la identidad de percepción como regla de la alucinación desiderativa. Esto significa que, en la realización del deseo, el sujeto se encamina hacia una “infructuosa búsqueda de una percepción primera que tiene como marco una mítica primera vez”. La realización del deseo es entonces un mítico primer encuentro entre el sujeto y el objeto de “satisfacción”, meta que Freud bautiza como identidad de percepción, donde la alucinación es el instrumento que se utiliza para alcanzar la realización del deseo, cuando reaparece la percepción.

La acción específica es nombrada a la ejecución que lleva una satisfacción de una necesidad y que, en consecuencia, tiene como efecto el cese del aumento de la carga. En la acción específica se requiere de una

“ayuda” externa ajena al sujeto que involucra la asistencia de un otro. Esta función es denominada por Lacan como la demanda y depende necesariamente de la imposibilidad del sujeto para satisfacer su necesidad. Freud lo enuncia como el desamparo inicial de los seres humanos, fuente primaria de todos los motivos morales.

Ante la satisfacción de la necesidad, mediante la ayuda que ejerce el otro se instaura la huella *mnésica* que servirá como señuelo que desplazará a la acción específica e introduce la rememoración alucinatoria. Rabinovich señala cómo es que mediante la memoria se establece la desadaptación del organismo y la instalación de una nueva dimensión del placer de desear como una meta imprescindible. El deseo se convierte en el anhelo de una repetición sobre la percepción que la alucinación simula pero no alcanza. De esta manera, el objeto de deseo se establece como inalcanzable, pues representa al objeto perdido de la primera experiencia de satisfacción. La identidad de percepción da cuenta del re-encuentro con lo que ya no se tiene, pero que se percibe en el exterior: el objeto de deseo que queda como resto. Allouch (2001), en su artículo *La invención del objeto a*, señala cómo la cuestión del objeto perdido resulta ser el preámbulo para el planteamiento del objeto como causa del deseo, en la medida en que se trata de un objeto que “cae” como resto, generando al deseo.

En el *Seminario de la Angustia* (1962-63), Jacques Lacan da cuenta del planteamiento del objeto *a* mediante la descripción teórica y topológica de su origen. Ahí señala que es a partir de la relación que se establece entre un sujeto y otro como surge el objeto causa del deseo (*a*); quizá sea más preciso decir que surge, que se desprende de lo que no se cierra en la relación especular (*a-a'*) y en la relación con Otro (*s-A*).

Es importante señalar que, cuando se habla del objeto *a*, Lacan lo diferencia de los objetos comunes e intercambiables, en la medida en que el objeto *a* no posee una imagen especular, es decir, no posee una imagen que lo muestre como tal. El objeto *a* es anterior a los objetos especulares y comunes,

puesto que tienen que ver con una “etapa” anterior a la intervención del significante en el sujeto. La condición necesaria que determina que sea un objeto *a*, se encontrará en función a la falta que le impone el otro al sujeto, condición que, para Lacan, se relaciona con el término angustia. El autor señala que es anterior, porque lo que se inscribe en la nominación de ser una letra, es que puede llegar a ser cualquier cosa que genere el deseo de cierto objeto especular. Si existe la angustia es porque el deseo brilla por su ausencia y, por ende, también se encuentra ausente quien sostenga ese deseo para el sujeto; no hay alguien o algo que le indique qué le hace falta para lanzarse en la búsqueda. La presencia del objeto causa del deseo (*a*) lleva entonces en sí mismo la función de la castración, Al respecto Lacan (2004: 103) dice:

“Si les he puesto por delante el falo, es porque es el más ilustre, debido a la castración, pero hay también equivalentes de este falo, de entre los cuales ustedes ya conocen aquellos que lo preceden, el escíbalo y el pezón. Hay otros que quizás conozcan menos, aunque sean perfectamente visibles en la literatura analítica, y nosotros trataremos de designarlos. Cuando estos objetos entran libremente en este campo donde tienen nada que hacer, el de aquello que se comparte, cuando aparecen allí y se vuelven reconocibles, la angustia nos señala la particularidad de su estatuto. Son, en efecto, objetos anteriores a la constitución del estatuto del objeto común, comunicable, socializado. He aquí de qué se trata en el objeto *a*.”

Una vez que hemos descrito la posición de Lacan de no confundir objeto *a*, causa del deseo, con los objetos comunes, ahora nos ocuparemos de la palabra causa. La nominación del objeto causa del deseo da cuenta en sí misma de su función, al señalar que mediante la relación del sujeto con el otro está incluido el objeto como causa. El deseo como se ha revisado, emerge ante la intervención del otro que instauro al sujeto en una posición de deseante, deseante de un objeto que posea el rasgo de “llenar la falta” señalada por ese otro. Por lo tanto, el objeto causa del deseo es uno de los elementos que

participa en la estructuración de un sujeto habitado por el deseo. Este sujeto funge como agente de la acción comisionada por ese Otro que le impone el deseo, o más propiamente, la falta. De esta manera es como Lacan considera importante retomar la noción de la causa.

La causa estará determinada con la intervención del Otro que señala la ausencia del objeto, la falta en la que se halla el sujeto y, por la cual, se encuentra “sujeto” al deseo de alcanzarlo. El objeto *a* es entonces lo que causa el movimiento del deseo; no es posible determinarlo en un objeto específico porque, precisamente, muestra la ausencia, la falta. El designar al objeto *a* como causa, tiene que ver entonces con la importancia de señalar que el objeto que genera al deseo es un rasgo que constituirá al sujeto como tal. El asunto es que mientras haya una causa, que en este caso sería la falta del objeto, habrá deseo. De esta manera se justifica la diferencia entre nombrar el objeto de deseo y al objeto que causa el deseo (*a*).

En el sentido topológico, la delimitación que Freud había hecho con respecto a la meta y el objeto de la pulsión, permite señalar cómo la pulsión, al dirigirse al mismo lugar -al lugar en el que se localizaría la satisfacción para el sujeto y donde obviamente se encuentra ubicado el objeto-, implicaría la existencia de un interior y un exterior del sujeto, es decir, como indica Lacan (2004: 115) la función topológica del objeto *a*:

“Se precisa que el objeto debe situarse *ausseres*, en el exterior, y, por otra parte, que la satisfacción de la tendencia sólo consigue realizarse en la medida en que alcanza algo que se debe considerar en el *inneres*, en el interior del cuerpo, donde encuentra su *Befriedigung*, su satisfacción.(...) Es la noción de un exterior antes de una cierta interiorización, que se sitúa en *a*, antes de que el sujeto, en el lugar del Otro, se capte bajo la forma especular, en *x*, la cual introduce para él la distinción entre el yo y el no yo. A este exterior, lugar del objeto, anterior a toda interiorización, pertenece la noción de la causa.”

Y puntualiza Lacan (2004: 116):

“En el lugar mismo donde su hábito mental les indica que busquen al sujeto, allí donde, a pesar de ustedes, se perfila el sujeto cuando, por ejemplo, Freud indica la fuente de la tendencia, allí donde en el discurso se encuentra lo que articulan como siendo ustedes –en suma, allí donde dicen yo (*je*), es ahí, propiamente hablando, donde, en el plano del inconsciente se sitúa *a*”.

Por ejemplo, aquella mujer que acude con el psicólogo porque no sabe qué decisión tomar cuando se le indica que debe firmar un documento para autorizar un procedimiento que no garantiza la vida de su pequeño con leucemia, pero que es requerido para intentar postergar, en la medida de lo posible, la inminente muerte. Se trata de un momento de angustia dirigido al psicólogo con el propósito de encontrar quién firmará la autorización. Una “madre de un hijo muerto”, “una culpable”, “una asesina”, “una madre irresponsable”, respuestas elaboradas por la misma mujer que le impedían tomar una determinación, pero con la posibilidad de escucharse y de plantearse alternativas. Finalmente, quien firma es el padre y ella toma el compromiso de ser acompañada terapéuticamente por el psicólogo. Después de cierto periodo de acompañamiento terapéutico, es ella quien se asume como “la madre” y, como tal, es quien lleva a cabo el seguimiento de todo el tratamiento paliativo para su hijo. Ella señala que no sólo es quien autoriza procedimientos, sino también quien haría lo posible para tener más tiempo a su pequeño; si ella no podía hacerlo es porque sentía que sólo estaba para ser responsable de lo que le pasara a su hijo.

Mediante este ejemplo es posible visualizar que el momento de angustia llevado al psicólogo puede ser la posibilidad para ofrecer, además de un espacio terapéutico, un soporte para el discurso que busca o la flagelación o un examen de realidad, como lo llama Freud al describir lo que sucede en el

trabajo de duelo. El examen de realidad fue facilitado mediante la intervención del psicólogo que ofrece ser la escucha y el Otro que, lejos de pedirle una firma de autorización, le pide que despliegue sus temores, su culpa y lo que ella llama ser madre irresponsable, para plantearse a partir de esto un deseo de ser distinto. El psicólogo es ese Otro con mayúscula, porque inicialmente porta un supuesto saber que es lo que lleva a la mujer acudir con éste. La intervención psicológica va en el sentido de fungir como la posibilidad de que emerja un saber por parte de quien sufre (la mujer) y no para darle nombre a lo que ella busca en el psicólogo (imponer el deseo del Otro). Finalmente, ese Otro que era el psicólogo deja de ser “mayúsculo”, porque quien encuentra el deseo de ser es la mujer que sufría y lo hace a partir de encontrar en su propio discurso lo que ella pretende ser para ese hijo; deja de ser un objeto con el que se trata a ese niño en el hospital, para ser un sujeto que aspira ser madre, de acuerdo a sus propias convicciones y en beneficio de ella y, obviamente, del niño.

“Si  $a$  se llama  $a$  en nuestro discurso, no es tan solo por esta función de identidad algebraica de la letra que predicamos el otro día, sino, para decirlo humorísticamente, porque es lo que ya no se tiene. Por eso este  $a$  que en el amor ya no se tiene, se le puede reencontrar por vía regresiva en la identificación en forma de identificación con el ser. Por eso Freud califica exactamente con el término regresión el paso del amor a la identificación. Pero, en esta regresión,  $a$  permanece como lo que es, instrumento. Es con lo que se es que se puede tener o no, por así decir” (Lacan, 2004:131).

La intervención del Otro, o en ciertos casos la intervención del mismo superyó, participa en identificar a la falta como tal. El objeto  $a$  será entonces el instrumento con el que se orientará el deseo y, como lo vemos, también quien llega a fungir como Otro para quien acude a una intervención psicológica de orientación psicoanalítica.

### **3.2 El objeto a como causa y el objeto de deseo**

Lacan utiliza la estructura del sádico y el masoquista para ejemplificar cómo es que el objeto que causa el deseo implica la existencia de una causa y no sólo de un objeto que se desea. Por ejemplo, cuando menciona la dinámica del sádico con el masoquista dice que no pueden ser uno sin el otro, el sádico es en la medida en que impone lo intolerable y el masoquista será aquel que se ofrece como objeto, con la finalidad de aportarle al sádico el lugar de la ley; ambos manifiestan en el acto que los caracteriza la intención de hacer aparecer al objeto a en el lugar de la falta y la razón de ser de ambos: ser el objeto deseado (masoquista) o ser el instrumento con el que se puede obtener al otro (sádico).

Si se señala la importancia de un exterior y un interior en el surgimiento del objeto a, es para indicar que la causa sólo podrá ser engendrada por la presencia de un objeto que inicialmente se tenía desde el exterior y que el efecto que produjo únicamente puede situarse en el interior de quien lo desea. Aquí cabe la pregunta formulada por Lacan: “¿qué es lo que se desea?”, ¿el objeto perteneciente a lo exterior o el objeto que se produjo como causante del deseo que se generó? Además, ¿cómo determinar qué es lo que se desea?

Inicialmente, se puede decir que quien determina lo que se desea es la introducción del deseo del Otro, ya sea como imperativo o como prohibición mediante la intervención de la ley. Es por ello que Lacan (2004:119) también señala que el superyó participa de la función del objeto a en cuanto causa.

Ante un imperativo, lo que se introduce en el sujeto también es la posibilidad de dirigir al deseo. El imperativo proviene, por lo tanto, de la introducción de un significante que instauro la falta. En conclusión, ese exterior hace referencia a la intervención de un Otro.

Como ejemplo de lo anterior, mencionaré la relación de una pareja sádico-masoquista que solicitaba la atención psicológica. Ambos acudían



porque cumplieran con las citas establecidas como procedimiento del programa multidisciplinario SinDis, después de la alta de su recién nacido prematuro que había tenido una prolongada hospitalización. Ninguno de ellos conocía la labor de un psicólogo, pero sí identificaban que su relación no era del todo convencional; llevaban una relación complicada por los constantes conflictos entre ambos, lo que los había unido eran las circunstancias tan desgraciadas con sus antiguas parejas, producto de la infidelidad. La fidelidad se estableció como el imperativo que determinó su unión. El sádico se aseguraba de su condición con las dudas frecuentes acerca de la fidelidad de su pareja al manifestar sus celos en toda ocasión, mientras que su pareja (masoquista) le garantizaba su posición de objeto con el aislamiento al que se sometía, la aprobación de los insultos y golpes recibidos hasta la ejecución de la infidelidad como imperativo indirecto de las dudas de su pareja (ley del Otro y también deseo del Otro) –“soy aquello que tú ves en mí”-.

Cuando al masoquista le parecía que su pareja sádica aparentemente desviaba su atención (lugar de la falta  $-\phi$  y sostén del deseo), buscaba la manera de perpetuar su posición de objeto de deseo realizando actos que evidenciaran la posibilidad de cierta infidelidad, como no avisar sobre sus salidas de casa hasta finalmente comenzar una relación con otra persona, (presencia de que el objeto a realiza su función como causa). La violencia generada contribuye así a garantizar que ambos son el uno para el otro, por lo menos cuando se encuentran en estas condiciones y, cuando lo que perciben es que no hay una correspondencia en cuanto a ser para el Otro, se buscan las condiciones para asegurarse que ambos permanezcan en su condición de sádico y masoquista. Esto da cuenta sobre cómo el resultado de esta relación sádico-masoquista se encuentra sostenida por la falta ( $-\phi$ ) y por el objeto como causa, cuando en el lugar de la falta lo que aparece es la angustia de ya no ser lo que el otro necesita. Claro que no era una angustia que se pretendiera terminar del todo, pues más bien la misma angustia servía como señal para ambos de que podrían no tenerse el uno para el otro. Lo que causa el deseo es seguir siendo para el Otro. La angustia es la oportunidad de asegurarlo.

### **3.3 El fetiche como causa del deseo**

Otro ejemplo utilizado por Lacan es el fetiche, como la condición que permite la falta y, por tanto, al deseo; el objeto que representa al fetiche es la posibilidad de llenar ese vacío de la falta. En cuanto a la pregunta de cuál es el objeto que se desea, la respuesta se argumenta en que el objeto que se elija estará relacionado con la falta que se introduce y el deseo de llenarla. El objeto podrá ser desde un fetiche, hasta la búsqueda de ser el mismo objeto que cause el deseo en el otro, siempre y cuando haya algo en que se pueda sostener el deseo.

“¿Qué es lo que se desea? No es el zapatito, ni el seno, ni ninguna otra cosa en la que encarnen ustedes el fetiche. El fetiche causa el deseo. El deseo, por su parte, va a agarrarse donde puede. No es en absoluto necesario que sea ella quien lleve el zapatito, el zapatito puede estar en sus alrededores. Ni siquiera es necesario que sea ella la portadora del seno, el seno puede estar en la cabeza. Pero todo el mundo sabe que, para el fetichista, es preciso que el fetiche esté ahí. El fetiche es la condición en la que se sostiene su deseo” (Lacan, 2004:116).

Al emerger el deseo, también emerge el sujeto como deseante: “Es con lo que se es que se puede tener o no”, diría Lacan. Aquí podemos recapitular el caso de aquella mujer que nombrándose y haciéndose llamar “madre”, podía obtener muchas ganancias, entre ellas al mismo padre de la pequeña. Perpetuando el estado precario de la pequeña niña, garantizaba la presencia atenta del padre que le aportaba, además de dinero, el apellido para su hija. De esa hija se sostiene el deseo de esa “madre”.

### **3.4 La causa de la angustia**

Por lo visto, El objeto a posee la función de ser un instrumento fundamental para el ser, de lo que podría llamarse la afirmación del sujeto, producto de la intervención de la ley del padre, que para Lacan (2004:120) es

sólo “una mutación del deseo del padre después de que se le hubo dado muerte.

El complejo de castración es entonces fundamental para la constitución del sujeto, pues implica que se instaura la falta:  $(-\phi)$ , lugar del objeto  $a$ , cuando ésta llega a faltar. Así, es oportuno preguntar qué sucede en el ser de la angustia. Surge el desvalimiento ante la ausencia del Otro que instaura el significante para el sujeto. La falta  $(-\phi)$  señalada por ese Otro es importante porque gracias a su existencia como tal el deseo se orienta, se pone en movimiento. De esta manera, la falta  $(-\phi)$  es la posibilidad de una aparición, de la presencia de un objeto  $a$  a la que aspira el deseo y en este lugar es donde se coloca el objeto causa del deseo ( $a$ ) cuando lo que no está es ese Otro que le diga qué le falta. Por lo tanto, el objeto  $a$  lleva la función de mostrar la posibilidad de que el sujeto se instituya en la relación con el Otro, siempre y cuando esté como resto y no como obstáculo para el sujeto. En el ser de la angustia lo que sucede es que la falta llega a faltar. Es decir, donde la falta sostiene al deseo, lo que existe es la presencia del objeto  $a$ .

“La angustia no es la señal de una falta, sino de algo que es preciso concebir en un nivel redoblado como la carencia del apoyo que aporta la falta. (...)¿No saben ustedes que no es la nostalgia del seno materno lo que engendra la angustia, sino su inminencia? Lo que provoca la angustia es lo que nos anuncia, nos permite entrever, que volvemos al regazo” (Lacan, 2004: 121-122).

Lacan (2004: 121-122) menciona que el lugar predilecto de la angustia es “donde el sujeto se constituye en el lugar del Otro, es decir, tan lejos como sea posible, más allá incluso de lo que puede aparecer en el retorno de lo reprimido”, es decir en la transferencia; fenómeno que permite evidenciar la intención de ser para el Otro lo que le falte, ser el objeto del deseo del Otro.

Para Freud, esta condición era la de un evidente amor producto del análisis, mientras que para Lacan es la condición de amar con lo que hace falta.

Braunstein (2005), basado en el planteamiento lacaniano de la aparición del sujeto mediante la intervención del Otro con mayúsculas, muestra cómo es que la angustia se presenta; momento en el que el sujeto se da cuenta que ese Otro omnipotente posee la semejanza de ser incompleto, es decir, se encuentra en falta (-φ). Momento en el que se funda la angustia:

“El sujeto mítico debe inscribir su goce haciéndose oír por el Otro, transformándose en lo que entrega, en su grito desesperado, apareciendo en el campo del Otro como a, como objeto que escapa a la función de significantización, como cuerpo que se ofrece a la mirada, como voz sollozante para el oído, como boca que clama por el pecho. Es allí donde encuentra que no hay tal omnipotencia del Otro, que el Otro está castrado, que no está completo sino que es deseante y que su deseo aparece para él como un enigma sin respuesta posible. En ese segundo momento tenemos pues al sujeto entrando en el campo del Otro y haciéndose representar allí como objeto que colma la falta del Otro. Es el momento de la alienación o el momento de la angustia, de la desposesión total para servir a otro voraz e insaciable” (Braunstein, 2005:87).

### ***3.5 El Otro como ley***

El caso de la joven homosexual, descrito por Freud (1976: 139-164) sirve a Lacan también para señalar cómo es que en la constitución del sujeto en la relación con el Otro emerge el objeto causa del deseo, puesto que las circunstancias por las que se estructura su conducta homosexual es el nacimiento de un hermanito, lo cual, implica una decepción con respecto a lo que el padre representaba para ella: un objeto de deseo. También implica una posición de ser sujeto deseante: lo que ella aspira es ser el objeto de deseo del padre. Sin embargo, lo que experimenta es el rechazo con el nacimiento de su hermano. La consecuencia de tal rechazo (que es la ley del padre) genera la

falta, la cual es representada por la venganza que desea realizar: ser el objeto masculino deseado. El objeto *a* es entonces el motor para su conducta homosexual y la orientación del deseo es ser para su amada dama, lo que pretendía del padre: un objeto de deseo. El borde del vacío es ser el objeto de deseo de la dama, existencia que fue rechazada por el padre.

El acto de arrojarse a las vías del tren es precisamente la identificación que realiza la joven con el objeto de deseo. Lo que aparece en la escena es la ejecución de reducirse al estatuto de objeto de deseo, puesto que lo que manifiesta en el acto es afirmarse como lo que el padre censura y lo que rechaza la Dama. El acto de arrojarse es señalado por Lacan como lo característico de un pasaje al acto, en el que se reúnen las condiciones de la identificación que realiza el sujeto con el objeto *a*, y la confrontación del deseo y la ley representada por el rechazo de la dama y la mirada lanzada por el padre, a lo que Lacan (2004: 124-125) le atribuye el falo absoluto ( $\Phi$ ).

Aquí es pertinente localizar la función del Otro, el cual funge como el portador de la ley, como una referencia para el sujeto, ya sea para ubicarse como objeto para el Otro o con la identificación que permita estructurar a un sujeto. Retomando a Jacques Lacan, diríamos que se trata de subrayar la importancia de la intervención de un Otro en la constitución del sujeto y sus implicaciones en el mismo, como lo es la introducción del orden simbólico a partir del significante:

“El significante, les dije en otro momento decisivo, se distingue del signo en el hecho de que el signo es lo que representa algo para alguien, mientras que el significante es lo que representa a un sujeto para un ser significante” (Lacan, 2004: 74)

Es así como podemos argumentar que la angustia es que el Otro no demande al sujeto, no ser aquello que le falte al Otro de acuerdo a la estructura del neurótico que señala Lacan, en la que la fórmula del fantasma ejemplifica cómo es que el sujeto neurótico hace de su castración lo que le falte al Otro con la supuesta garantía de obtenerlo para él. Con este argumento, Lacan

(2004: 63) objeta a Freud respecto a lo que decía sobre la angustia como señal de que se ha perdido el objeto:

“En inhibición, síntoma y angustia, Freud nos dice, o parece decirnos que la angustia es la reacción-señal ante la pérdida de un objeto. Y enumera – pérdida del medio uterino que se produce en bloque con el nacimiento – pérdida de la madre, considerada como objeto, -pérdida del pene, - pérdida del amor de objeto, -pérdida del amor del superyó”.

Lo que angustia, entonces, es dejar de ser para alguien y, como consecuencia, puede que el Otro ya no esté para demandar al sujeto, o viceversa, puede que inicialmente ya no exista una demanda del Otro dirigida al sujeto y, por tanto, se genera angustia.

“La angustia surge cuando un mecanismo hace aparecer algo en el lugar que llamaré, para hacerme entender, natural, a saber, el lugar (-φ), que corresponde, en el lado derecho, al lugar que ocupa, en el lado izquierdo, el a del objeto del deseo. Digo **algo** –entiendan **cualquier cosa**” (Lacan, 2004:52).

De esta manera, la castración que hacía el sujeto de sí mismo para garantizar la presencia del Otro, puede quedar sin sentido o, como lo señala Lacan, “sin destino”; entonces, en el lugar de la falta aparece el objeto a, lo que será indicado por la presencia de la angustia. Como aquellos padres que, después de realizar con empeño todos los cuidados encomendados por los médicos de una clínica de fertilización para convertirlos en “padres”, se encuentran con la circunstancia de tener a un recién nacido prematuro y sin ninguna esperanza de vida. Ese Otro que es representado por los médicos presenta una falla aparente, pues todo aquello que ofrecieron no se concretó, falla que los derroca de su constitución como sostenimiento del deseo de aquellos padres. ¿Y ahora qué son? Se preguntaban y actuaban con desconfianza ante las encomiendas de resignación que los médicos comunicaron por la precaria situación del “niño con muerte cerebral”. Este niño,

para esos padres era un hijo bajo cualquier circunstancia. Ese Otro se desploma como resto en la relación de los padres con los médicos y el niño queda como lo que causa el deseo de esos padres, independientemente de su condición.

Tal vez encontraríamos ahí la razón por la que no llega a funcionar la estrategia de prevención planteada por las instituciones de salud: mientras la institución no garantice mediante sus acciones y su labor como tal, no podrá “ganarse” a un sujeto que confié en sus medidas preventivas y de intervención. La institución propone estrategias, pero no incluye a quienes recurren para hacer uso de la misma. Si se pretende el funcionamiento de la institución como servidora pública, es necesario incluir las necesidades de los usuarios de manera integral.

### ***3.6 Pasaje al acto y acting out***

Lacan muestra de esta manera cómo es que el objeto *a* lleva una función de ser el resto de la relación del sujeto con el Otro. Cuando ese resto “cae”, metafóricamente se habla sobre el pasaje al acto. El pasaje al acto da cuenta de que, desde la perspectiva del sujeto, se ha “perdido” aquello con lo que se garantizaba la presencia del Otro.

“Freud nos dice que la angustia es un fenómeno de borde, una señal que se produce en el límite del yo cuando éste se ve amenazado por algo que no debe aparecer. Esto es el *a*, el resto aborrecido del Otro” (Lacan, 2004: 132-133).

Para Lacan (2004: 128), el pasaje al acto viene a ser el momento de mayor embarazo para el sujeto, puesto que hay una fuga del sujeto hacia el lugar donde ahora es el mundo, es decir, lo real y donde podría señalarse que la estructura del Yo se encuentra amenazada; similar a lo que Lacan señala con los fenómenos de despersonalización que acompañan a la angustia.

Mientras que en el *acting out* la presencia del Otro es indiscutible porque es a él quien se dirige lo realizado por el sujeto, el a es aquello que en el *acting out* no puede “dejarse caer”, porque es con lo que se garantiza la presencia del Otro. De ahí que Lacan (2004: 138-139) también señale que el *acting out* pueda llamar a la interpretación mediante la transferencia:

“El *acting out* es un síntoma. El síntoma, también, se muestra como distinto de lo que es. Lo demuestra el hecho de que debe ser interpretado. (...) el síntoma no puede ser interpretado directamente, se necesita la transferencia, o sea, la introducción del Otro. (...) el *acting out* llama a la interpretación”.

Por lo tanto, se justifica la introducción de la angustia para hablar del objeto a; considerar su presencia es señalar que existe una amenaza para el Yo, puesto que el sujeto se estructura mediante la falta que le señala la introducción del Otro. Allouch (2001: 21) señala puntualmente cómo es que, ahora mediante la intervención del objeto a, la cuestión de la causa presenta consecuencias en el planteamiento del duelo con la identificación que se realiza del objeto deseado y el objeto que causa al deseo. Ante la pérdida del objeto, lo que se plantea es que el sujeto se identificaría con el ser del objeto perdido. Es decir, quien hace duelo es quien reconoce que la pérdida del objeto, puesto que ello lo coloca en una posición de ser sujeto deseante.

“En noviembre de 1962, el objeto de deseo era Ofelia, tomada en tanto que objeto hacia el cual se dirigía el deseo, como el objeto de la “intención deseante” -diremos nosotros, sólo durante el tiempo de hacernos escuchar- dicho de otro modo, como objeto fenomenológico, como objeto por delante del deseo; en enero de 1963 se tratará, en la identificación regresiva, del objeto causa de deseo, del objeto por detrás del deseo, del objeto, en tanto faltante, que hace desear y no que se desea”.

Para algunos padres y madres de familia, recibir la noticia de tener un hijo con alguna discapacidad o enfermedad terminal los coloca en la condición de cierto momento de angustia ante la “desubjetivización” de su rol. Esto se



argumenta por la relación que generalmente se establece entre el personal médico y quienes representan algún cargo en la institución de salud y requieren de una constante comunicación con los padres y madres. Los “Otros” funcionan en ciertos casos como generadores de angustia al establecer una comunicación meramente médica, sin la posibilidad de responder a lo que demandan los padres para ser reconocidos como papás o mamás. La falta de reconocimiento de su demanda, es para muchos la condición necesaria para la manifestación de la angustia llevada a la frustración, a la agresión o al cuestionamiento de sus demandas, es decir, a la solicitud de una intervención psicológica.

“En la medida en que el sujeto agota sus iras contra esa imagen especular, se produce aquella sucesión de las demandas que va hacia una demanda cada vez más original, históricamente hablando, y entonces se modula la regresión en cuanto tal. (...) La castración se encuentra inscrita como relación en el límite del círculo regresivo de la demanda. Aparece ahí cuando, y en la medida en que, el registro de la demanda está agotado” (Lacan, 2004: 63)

A partir de las estructuras del sádico, el masoquista, del fetiche y del caso de la joven homosexual, Lacan hace la formulación del objeto a, no sólo para ejemplificar su estatuto como función, sino también para aportar una perspectiva innovadora con respecto a lo que Freud afirmaba sobre el duelo y la melancolía como síntoma. De esta manera, Lacan destaca la importancia de la relación del sujeto con el Otro para el funcionamiento del objeto a. Los argumentos teóricos utilizados por Lacan, sirven aquí para proponer una intervención psicológica en la institución hospitalaria ante situaciones que se vinculan con el concepto del objeto a y sus implicaciones en el planteamiento de Freud sobre el duelo, la melancolía y la angustia. Es así como después de desarrollar el origen del concepto y su relación con la angustia como síntoma, continúo con el desarrollo del tema del Duelo.

### **3.7 El objeto a en el planteamiento del Duelo y la Melancolía**

Para Freud (1978), el duelo es concebido como una reacción frente a la pérdida, en la que los efectos de la aflicción y la disminución del amor propio se argumentan por la identificación con el objeto que se perdió. El duelo es entonces la reacción de situarse como sujeto al deseo, condición contraria a alguien que se encuentra en estado melancólico, puesto que la reacción que Freud señala en la melancolía es la de una identificación con el objeto que se ha perdido y que, por lo tanto, hace referencia a una cierta “despersonalización” del sujeto. Lacan llama despersonalización a los fenómenos que acompañan a la angustia cuando, después de que el yo se encuentra constituido, se experimenta un no reconocimiento de la imagen especular. Para Lacan, la introducción del concepto del objeto a, le autoriza para afirmar que lo que se genera en el duelo es efectivamente una identificación con el objeto que se perdió, pero también el reencuentro con la falta a la que se encuentra sometido, con la existencia del objeto, se le permitía al sujeto sostenerla.

Como ejemplo de lo anterior, utilizo el de una pareja de padres en una situación de duelo. Se puede conjeturar que se encontraban en tal situación porque, ante la leucemia de su hijo único y de los pronósticos desfavorables, la actitud frente a la segura pérdida del hijo produjo un cambio en cada uno de los padres, no sólo por la aflicción en la que se encontraban, sino en la perspectiva que poseían sobre su estatuto como padres. Anteriormente, el padre se encontraba dedicado a su profesión como taxista y a vivir de acuerdo a lo que el día le ofrecía, considerando que una familia era la posibilidad de recrear una vida en pareja, independiente totalmente de sus padres y hermanos, objetivo compartido por su pareja.

La madre había sido, según ella, un ama de casa que aseguraba su lugar de esposa atendiendo lo mejor posible al esposo para evitar reproducir una convivencia de maltrato como la que habían convenido sus padres. Con la llegada del hijo, se pretendía fungir la función de la paternidad; una paternidad en la que pudiera ser “lo que seguía después del matrimonio”. Sin embargo los

malestares del recién nacido y las continuas visitas a los médicos, dieron a la pareja una experiencia distinta a lo que ambos anhelaban: aislados de las familias de cada uno de los padres por compartir experiencias “incómodas”, comenzaron a lidiar con circunstancias difíciles tanto en lo económico como de manera personal. La hospitalización del niño y los procedimientos aplicados generaban en la madre la imposibilidad de permanecer junto al niño durante su estancia en el hospital. El padre debía confiar su taxi a un compañero para velar por su hijo durante la hospitalización. Ante tal situación, el padre acude al servicio de psicología con el objetivo de “solucionar el problema de la madre.” Ambos fueron atendidos de manera individual, posteriormente a las entrevistas preliminares.

El padre argumentaba que el problema de su esposa le había cambiado la vida, puesto que debía realizar tareas que no le correspondían. Sin embargo, la experiencia de ser como la madre para su hijo, permitía al padre comprender “su rol de madre”, así como la necesidad de efectuar la función del rol del padre, no sólo como el que provee, sino el de ser el soporte para su esposa. No podía detenerse a “lamentarse por el sufrimiento de su esposa, ni por el sufrimiento de su hijo al someterse a un tratamiento tan doloroso.” Había vivido evitando la incomodidad de lidiar con las penas de su madre por el maltrato que su padre ejercía sobre ella y ahora la incomodidad del sufrimiento de su esposa e hijo lo ubicaban en un lugar incómodo pero en movimiento, puesto que se admiraba por las cosas a las que había tenido que efectuar, considerando que tal vez nunca habría que hacerlas: sufrir pero ejecutando funciones de padre, madre y esposo. Lo que lo movía a efectuar tales funciones era el deseo de ser para su esposa e hijo lo que su padre no hizo por él. Además de identificar que perdió esa “comodidad” en la que se encontraba antes de la enfermedad del hijo, también localiza la banalidad en la que había transcurrido su vida y a la cual pretendía modificar con la decisión de alejarse de su familia mediante la conformación de su propia familia. Eso le permite ejecutar lo que para él pueda ser necesario para conservar a su esposa y “disfrutar” de su hijo hasta cuanto sea posible.

Por su parte, para la madre del niño, fue complicado continuar en el servicio de psicología, puesto que para ella las circunstancias fueron las que le otorgaron posiblemente enfrentar el sufrimiento; su esposo debió continuar con su trabajo ante la necesidad económica. Ella se vió obligada a ejercer su función como madre, posteriormente ella era quien velaba por su hijo durante las hospitalizaciones del niño. La elaboración de un duelo implica el encuentro con la falta, aquello a lo que se reduce el sujeto ante la pérdida del objeto, pero que mediante dicho encuentro favorece también el movimiento del deseo.

En algunos casos, la angustia generada ante la pérdida permite señalar la existencia de la identificación del objeto a con la implicación del encuentro con la falta. Aventurándonos mediante la teoría, podría señalarse cómo es que la angustia de la madre del pequeño implica la existencia de algo que sabe que puede perderse: al mismo hijo. Sin embargo, también su lugar de esposa y madre. La posibilidad de continuar aun en las circunstancias dolorosas como lo hizo el esposo y la posibilidad de regresar al hogar materno al no cumplir su función, constituyeron tal vez el encuentro con la falta a la que podía someterse y a la que toma como guía, porque enfrenta su angustia y acude al lugar de su función como madre y esposa. De esta manera, puede argumentarse sobre la implicación de la pérdida o del encuentro con la falta, así como de los efectos en el sujeto ante la pérdida del sí mismo que se refleja en los síntomas de la melancolía y la posibilidad del abordaje clínico en circunstancias que una institución hospitalaria puede ofrecer al quehacer del psicólogo clínico.

## **Capítulo IV**

### **La Clínica del Duelo en el ámbito hospitalario**

#### ***4.1 La posición del psicólogo frente la demanda de la intervención psicológica***

Al considerar la diferencia entre melancolía y trabajo de duelo, la posición del psicólogo será fundamental para determinar el tipo de intervención que ejercerá en el sujeto que sufre, de acuerdo a los objetivos del programa de la Institución de Salud y de las necesidades identificadas en los usuarios de la misma. Por ejemplo, si un individuo que ha concebido a un hijo con discapacidad realiza en acto la pretensión de fungir el rol paterno<sup>4</sup> lleva implícito el deseo de alcanzar el fin propuesto. Esto lo hace mediante la atención oportuna de los tratamientos que requiera su hijo, como el efectuar la tarea de contribuir a la supervisión continua del hijo por parte de los especialistas en la consulta externa, así como los diferentes actos que implican la función de ser quien auxilia al hijo en las necesidades que éste presente.

De llevar así el acto de ser padre, se sitúa por lo tanto al sufriente como padre (sujeto) que responde a lo que constituye su yo: ser un padre. A este sujeto se le atribuye, por ende, que se encuentra en duelo, puesto que no ha perdido el sí mismo de su situación frente a la pérdida, aun cuando el hijo que tiene no es el que esperaba. Por el contrario, hay individuos que, ante las mismas circunstancias, pierde la condición que suponía ejercer como padre y no funge como tal. En este caso, se trata de aquellos que abandonan al recién nacido en el hospital o le quitarán todo tratamiento terapéutico y de rehabilitación, considerando que las circunstancias son tan agobiantes, que su proyecto de paternidad o maternidad se posterga ante el surgimiento de síntomas de sufrimiento y melancolía que le imposibilitan continuar, ya sea

---

<sup>4</sup> El rol paterno se entiende como la función que asume el tutor del infante, padre o madre, ante los requerimientos que la institución de salud necesita para el tratamiento médico, por ejemplo, cuando se le informa sobre el diagnóstico y se le pide su consentimiento para aplicar cierto medicamento, o cuando se le indican las sugerencias de acudir con los médicos especialistas de la institución hospitalaria para continuar con el seguimiento multidisciplinario. Quien realiza la función del cuidado integral del infante, se dice que entonces asume el rol de su paternidad.

como padre o como lo que solía ser: personas con ideales, motivaciones, planes, etcétera.

El sentido de la pérdida corresponde a las expectativas planteadas del niño sano que se anhelaba, pero también sobre la pérdida “de lo que eran como personas”, frente a la gente que los rodea: es decir, si se era padre, madre, esposo, esposa, profesionista, ama de casa, hija, hijo, hermano, compañero, etcétera. En sí, se detecta la pérdida del Yo como estructura del sujeto, pues se destacan signos característicos de la melancolía, como el aislamiento, las inhibiciones de toda productividad, los autorreproches, las autodenigraciones, el sentimiento melancólico aparentemente sin razón alguna, la pérdida del interés ante cualquier aspecto que anteriormente significara placer y, particularmente, se les escucha decir sobre la sensación de ser “alguien distinto”, que en ciertos casos genera momentos de angustia por la imposibilidad de conocer las causas, tanto de la melancolía como de su “transformación”.

Es así como la posición del psicólogo requiere de su apertura ante las diferentes reacciones que pudiera experimentar el que sufre ante una pérdida. Generalizar o determinar reacciones como únicas posibilidades ante la pérdida, conllevaría a perder también la oportunidad de una intervención psicológica que da lugar a la palabra de quien sufre y de quien busca en la psicología una alternativa para ser alguien distinto al que padece.

#### ***4.2 Estrategias de Intervención mediante la Red de Padres***

La intervención psicológica de la Red de Padres está orientada hacia los padres de familia, porque se considera que ellos son quienes constituyen el primer apoyo estructural de los infantes, tanto en la formación humana como en su formación biológica y social. Si los padres se encuentran involucrados en la atención integral del infante, con la asistencia constante a la supervisión médica especializada en la consulta externa, el seguimiento de los tratamientos médicos y las terapias de rehabilitación, darán cuenta de la participación activa en la mejora de vida de su hijo. Por el contrario, si los padres de familia no

acuden a los servicios de la consulta externa, como lo indica el seguimiento médico especializado, con seguridad el niño se encontrará en riesgo de padecer discapacidad.

Según la Norma Oficial Mexicana (2001), la discapacidad es la ausencia, restricción o pérdida de la habilidad para desarrollar una o varias actividades que realiza todo ser humano con el fin de satisfacer sus necesidades básicas. Si sabemos que dicha ausencia o restricción puede llegar a limitar al individuo parcial o totalmente, el SinDis se orienta con la finalidad de ofrecer una mejor calidad de vida a los infantes, para que puedan plantearse alternativas oportunas de rehabilitación y terapéuticas, en las que se ofrezca la disminución de la discapacidad. Por ejemplo, si un infante que ha presentado al nacimiento el defecto de labio y paladar hendido se atiende oportunamente con las cirugías correspondientes, el tratamiento de ortodoncia, la intervención psicológica y la terapia de lenguaje, se infiere que seguramente el infante disminuirá la discapacidad, con respecto a la dicción e integración en el ámbito social (escuela, trabajo y en todas sus relaciones interpersonales).

Mediante un diagnóstico general de los usuarios que acceden al servicio de la Red de Padres -elaborado por quienes integramos el equipo de psicólogas de la Red de Padres-, se identificó una problemática en el funcionamiento de quienes participamos de manera multidisciplinaria en el programa SinDis y, por consiguiente, de la Institución de Salud: la exclusión de los padres en el seguimiento médico oportuno de los infantes.

Se sabe que, de existir un tratamiento oportuno para quienes presentan ciertos defectos al nacimiento, se podría contribuir a que éstos sean una deficiencia únicamente, y no una discapacidad total del individuo. Esto siempre y cuando se cuente con la participación activa de los padres y madres de los infantes. En dicho seguimiento, se incluye no sólo al personal de salud (la Institución de Salud) involucrado en la detección del defecto al nacimiento, sino a *los padres y madres* que fungen como los principales promotores de lo que pudiera representar una discapacidad para el niño, o una oportunidad para intervenir adecuadamente.

La exclusión de los padres es, en definitiva, una de las problemáticas con las que se enfrentaba el programa SinDis, ante la ausencia de los niños a los tratamientos, planteados a partir de la detección del defecto al nacimiento o factores de riesgo. En el servicio de la Red de Padres consideramos que, si existe información e inclusión de los padres de familia, no sólo con el abordaje personalizado de los padres y madres, sino en la continua comunicación de quienes participan en el sector salud, habremos logrado que el proyecto de Salud se estructure con la participación de quienes conforman las familias, las comunidades, los municipios, etcétera.

La promoción, sensibilización y prevención efectiva de los Defectos al Nacimiento presenta como principal obstáculo la falta de información pero, sobre todo, la equivocada afirmación de que la prevención sólo proviene del personal de salud y que, por lo tanto, la información únicamente es atribuida al personal capacitado, teniendo como consecuencia la ausencia de responsabilidad que favorezca la toma de decisiones preventivas, la producción colectiva de acciones en beneficio de la salud y, finalmente, la sensibilización ante el cuidado de la salud.

Las acciones de mejora que presentamos en el reporte anual de la Red de Padres 2007, se orientaron a disminuir el riesgo de que los infantes incrementen su discapacidad por no detectarse a tiempo signos de alarma que pongan en peligro la salud del niño y su integración en lo social. Por medio de las actividades que ofreció la Red de Padres del SinDis en el 2007, identificamos la afluencia de usuarios en las distintas clínicas que pertenecen al SinDis, a partir de los registros que los médicos y enfermeras han realizado. Dichas actividades consisten hasta el momento en el abordaje personalizado a padres y madres, las pláticas informativas sobre temas de orden preventivo y de sensibilización, los talleres de sensibilización sobre la discapacidad, la psicoterapia individual y de pareja, así como la distribución de folletos informativos.

Se elaboraron también trípticos informativos con el fin de que, tanto el personal como la población usuaria, conocieran las funciones que el SinDis



ofrece ante los Defectos al Nacimiento. Para ello, nos dimos a la tarea de distribuir folletos en los que se señalaba una descripción concisa de los diagnósticos que maneja el SinDis. Por ejemplo, labio y/o paladar hendido, luxación de cadera congénita, trastornos del metabolismo, defectos osteomioarticulares, defectos del tubo neural, enfermedad hemorrágica del recién nacido y padecimientos oculares. El abordaje del psicólogo consiste actualmente en diversas actividades encaminadas a la atención personalizada, las cuales se enuncian de la siguiente manera:

- 1) Durante la hospitalización se lleva a cabo el primer contacto con el padre o madre, el cual consiste en la presentación del psicólogo y del programa SinDis.
- 2) Se realiza un rastreo de los factores de riesgo para asesorar sobre medidas preventivas sobre Defectos al Nacimiento y su posible seguimiento del equipo multidisciplinario del SinDis.
- 3) Se realiza la labor de acompañamiento terapéutico a los padres de familia de pacientes durante la hospitalización del infante.
- 4) Para fomentar la asistencia a las pláticas de Red de Padres, se recurre al apoyo de trabajo social, quien da una pequeña invitación impresa en la que se señala el horario, lugar y día. Esta invitación se proporciona un día antes, a la hora de ingresar a la visita, mientras realizan su registro de ingreso al cunero.

Al abordar a los padres de manera individual, no se lograba cubrir al total de los padres de los pacientes de cuneros y de las terapias (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN, Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales UCIREN y Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica UTIP), por lo que se planteó que, además del abordaje personalizado, se convocara en un espacio donde todos tuvieran acceso a la misma información respecto a la prevención, el tratamiento y el seguimiento de sus hijos. De este modo, tratamos que los contenidos de las pláticas cubrieran las expectativas de sensibilización, información, orientación y asesoría, que permitiera el cuestionamiento y compromiso de lo que corresponde al rol paterno.

Entre los resultados observados a partir de las actividades de la Red de Padres, se obtuvo la participación activa de éstos, puesto que generan

preguntas a los médicos sobre las dudas, pronósticos y alternativas que pudieran obtener para sus hijos. Ante la inquietud de los padres y el acto de cumplir con su rol paterno, disminuye en gran medida la angustia y el frecuente estado melancólico de los padres. Así mismo, al disminuir la angustia y los síntomas melancólicos, es posible para los padres continuar con el tratamiento de sus hijos.

Las pláticas de la Red de Padres se orientan a que el padre y madre reconozcan el sentido de pertenencia que poseen, frente a un grupo que comparte la particularidad de la hospitalización de uno o varios hijos. Este sentido de pertenencia al grupo permite la posibilidad de identificar emociones comunes, actitudes e, incluso, proyectos de vida que manifiesten la necesidad de atenderse de manera especializada ante la intervención del psicólogo. La Red de Padres se constituye así como una red grupal, en la que cada integrante legitima su rol paterno o lo construye a partir de las necesidades que su hijo pudiera presentar, ante un diagnóstico de defecto al nacimiento.

El aspecto emocional es considerado en la Red de Padres como parte integral del individuo y de su actuación como padre o madre. Si existe desorientación y ausencia en el seguimiento multidisciplinario que el SinDis plantea, se ofrece el servicio de psicoterapia y de las actividades de Red de Padres para delimitar la problemática del padre o madre. La delimitación de la problemática se encontraría en función de la falta de información sobre el pronóstico del infante, o de la cuestión emocional del padre o madre ante la información del diagnóstico. Ambas posibilidades se determinarían en las entrevistas que realizaría el psicólogo a los padres de familia que acuden al servicio de psicoterapia de la Red de Padres.

Otro de los resultados de las dinámicas de la Red de Padres es que, después de un abordaje personalizado, de las pláticas y del conocimiento de la función del psicólogo, los padres de familia acuden al servicio de psicología y, en consecuencia, poseen más argumentos personales e informativos para el adecuado seguimiento de su hijo. Estos resultados los identificamos en el incremento de la consulta externa de las especialidades que ofrece el SinDis.

Como conclusiones, encontramos que la función del psicólogo en el equipo multidisciplinario constituye un elemento básico en la intervención multidisciplinaria del SinDis, al aportar el espacio terapéutico y la difusión del servicio psicológico entre los padres y madres responsables de los cuidados del recién nacido. Con el reconocimiento de la identidad del psicólogo en el hospital se facilitan diversos procesos de intervención, tanto para el médico, como para la enfermera, la trabajadora social y los padres de familia. Al tomar en cuenta la condición integral del ser humano como ser biopsicosocial, se identifica la necesidad de atender el aspecto emocional y social de los usuarios.

Así mismo, al identificar el aspecto emocional, se contribuye al funcionamiento adecuado de los integrantes de una familia que constituyen también a una sociedad. De igual modo, si se detectan factores sociales dentro de la institución hospitalaria que afectan el funcionamiento integral de una o varias personas, será de vital importancia examinarlos para contribuir al adecuado funcionamiento, tanto de la institución como de sus objetivos para con la sociedad que utiliza sus servicios. Esta conclusión se encuentra basada en la pasividad que muchos de los padres mostraban ante los servicios de salud que la institución les ofrece, teniendo como consecuencia que los padres responsabilizaran de la salud o la atención médica de la enfermedad a quienes representan el saber médico. Sin embargo, a partir de incluirlos con sus inquietudes, dudas, preguntas y participación, formaron parte del equipo de salud que pretende prevenir, tratar y atender la salud integral de la familia.

La promoción y prevención se vuelven así una cuestión que se comparte entre el servidor de la salud y los usuarios activos, para una producción colectiva de la salud. Los conocimientos y las responsabilidades compartidas entre la institución hospitalaria y los usuarios (padres de familia), sirven para cuestionar, generar y organizar acciones preventivas. De esta manera comprobamos que, así como cada persona se encuentra constituida de manera integral (biopsicosocialmente), quienes constituimos a la institución de servicios de Salud funcionamos de manera integral, incluyendo a los usuarios como los principales motivos de nuestro servicio y adquisición de conocimientos.

### *4.3 Resultados y conclusiones*

El servicio de psicología del SinDis funciona como el espacio terapéutico en el que la palabra del sufriente se despliega para atestiguar al sujeto o a la falta de sí. La intervención psicológica se orienta a dar paso a la palabra del sufriente, mediante la figura del psicólogo que porta el lugar del Otro, considerando que el Otro permite la función simbólica de ser el soporte para el sujeto; el discurso del sufriente surge como testimonio que sostiene la causa de su estado de sujeto (Yo) u objeto (pérdida del sí mismo). Cuando hago mención del “Otro”, me refiero a lo que en la obra psicoanalítica de Lacan se señala como el que facilita la introducción del infante en el registro de lo simbólico, ante su vinculación y atribución de ser un semejante. El Otro subjetiviza, al considerar la presencia del sujeto y el sujeto es determinado por el Otro, a partir del significante que éste último le aporta.

Mediante el proyecto planteado de la Red de Padres, podemos localizar el lugar del Otro como institución, y al sujeto como el usuario de la institución. La organización de la Institución y la participación del usuario se realizan de manera horizontal, al considerar que los resultados y beneficios sean a partir de la participación conjunta. El Otro (la Institución de servicios de Salud) aporta un soporte con las funciones y servicios que ofrece, siempre y cuando le dé el lugar al sujeto como parte indispensable de sus objetivos y resultados, mientras que el Sujeto se asume como usuario al hacerse partícipe en los servicios que solicita. Para el psicólogo, identificar su función dentro de una institución cualquiera, le posibilita determinar su posición y ejercicio como representante de los objetivos planteados de la misma; al delimitar su campo de acción, se construye y proyecta la importancia de su quehacer y participación en la Institución.

Si retomamos a Jacques Lacan, diríamos que se trata de subrayar la importancia de la intervención de un Otro en la constitución del sujeto y sus implicaciones, a partir de su introducción como sujeto en el orden simbólico mediante el significante:

“El significante, les dije en otro momento decisivo, se distingue del signo en el hecho de que el signo es lo que representa algo para alguien, mientras que el significante es lo que representa a un sujeto para un ser significante” (Lacan, 2004: 74).

Mientras haya un significante del Otro, habrá movimiento del deseo de cura y, por lo tanto, de una causa que sostiene o argumenta su síntoma de sufrimiento, es decir, el objeto que causa el sufrimiento como síntoma (objeto a). Pero para que esto suceda, será necesaria la intervención de un “Otro” que pueda accionar la identificación del sujeto con el objeto perdido, permitiéndole un examen de realidad.

“Quiere decir, indisolublemente, que el sujeto, allí donde nace, se dirige a lo que llamaré brevemente la forma más radical de la racionalidad del Otro. Este comportamiento no tiene, en efecto, ningún otro alcance posible, sino el de insertarse en el lugar del Otro, en una cadena de significantes que tienen o no tienen el mismo origen, pero que constituyen el único término de referencia posible para la huella convertida en significante” (Lacan, 2004: 75-76).

La condición entonces por la que podría constituirse un sujeto, es a partir de la falta que le indica el Otro, a partir de que funciona como quien le aportará la cura: efecto que provocará la causa de su sufrimiento (objeto a), a partir del despliegue de su palabra con lo que es sujeto u objeto.

“Si a se llama a en nuestro discurso, no es tan solo por esta función de identidad algebraica de la letra que predicamos el otro día, sino, para decirlo humorísticamente, porque es lo que ya no se tiene. Por eso este a que en el amor ya no se tiene, se le puede reencontrar por vía regresiva en la identificación en forma de identificación con el ser. Por eso Freud califica exactamente con el término regresión el paso del amor a la identificación. Pero, en esta regresión, a permanece como lo

que es, instrumento. Es con lo que se es que se puede tener o no, por así decir". (Lacan, 2004: 131)

Considero que el psicólogo será aquél que pueda fungir como el Otro que proporciona el lugar en el que la escucha y la intervención terapéutica le atribuye al síntoma un sentido que es posible retomar como significante, que genere la cura, tanto en el cuerpo como en lo que respecta a la angustia como síntoma. El lugar del psicólogo implica la posibilidad para el sufriente de colocarse como un sujeto, ya sea como padre o como responsable de lo que para él representa ser un sujeto que determina la dirección de lo que aspira ante las circunstancias a las que se enfrenta. Las necesidades y las expectativas para muchos psicólogos, que también funcionan como Otro, son los elementos determinantes del lugar que el psicólogo habrá de ocupar como el principal agente de la intervención psicológica.

La elaboración de un diagnóstico general y la localización de las expectativas del sufriente es de cierta manera lo más importante, puesto que de ello depende el tipo de intervención que el psicólogo realizará. Si en el ámbito médico la enfermedad es entendida por la evidencia de los síntomas físico-químicos, donde el cuerpo del sujeto es atendido para suprimirlos y volverlo al estado antagónico de la enfermedad, para el médico el síntoma es a lo que generalmente se reduce el sujeto. En cambio para el psicólogo, el sujeto no puede ni debe reducirse al síntoma que presenta, lo que le atañe es también lo que lo constituye como sujeto enfermo y lo que para él implica su estado.

Otro resultado de la intervención psicológica realizada ha sido la inquietud, por parte del personal de salud (enfermeras, médicos, trabajadoras sociales e, incluso, personal administrativo del hospital) por generar espacios grupales, con el objetivo de conocer temáticas psicológicas y "herramientas psicológicas" que apoyen su cotidiano enfrentamiento con la pérdida.

De esta manera, se han diseñado y aplicado talleres con temáticas sobre Comunicación Asertiva, Manejo de Emociones, Factores de Riesgo en la salud emocional, entre otros. El objetivo general es promover la importancia de

atender el aspecto psicológico que toda persona posee y que se involucra en la atención dirigida a personas que sufren de un padecimiento.

Retomando entonces el sentido de la pérdida para el sujeto enfermo y para quienes se ven afectados por la misma, es menester identificar cuál es la solicitud de los mismos ante la asistencia que proporciona el psicólogo. Finalmente, considero importante señalar que una intervención psicológica no puede asemejarse en nada a lo que realiza la psicofarmacología o la medicina, puesto que no se trata sólo de suprimir el síntoma psíquico, sino de abordarlo para orientarlo a su origen y causa, lo que le permite al sujeto enfrentar la adversidad a partir de su palabra.

## CONCLUSIONES

En el transcurso de la historia del hombre, se ha podido observar un notable interés en las distintas manifestaciones de conducta, de síntomas, de “anormalidades” y de enfermedades que éste ha padecido y cuya explicación se ha fundamentado en distintas perspectivas y prácticas de carácter clínico, entendiendo la clínica como aquella práctica que pretende una cura, un tratamiento de la enfermedad o la restauración de la salud.

Cada perspectiva con la que se han realizado las investigaciones, corresponde al contexto socio-histórico, al paradigma predominante en el que se desarrollaron y a los elementos que en dicho momento se han poseído como el avance de la ciencia, la medicina, la tecnología y los conocimientos transmitidos a partir de tales planteamientos que, a su vez, articulan nuevos cuestionamientos y reflexiones concernientes a la clínica.

Por lo anterior, cuando el psicólogo se integra en el equipo multidisciplinario del ámbito hospitalario, es posible que se confunda su quehacer profesional con las intervenciones de carácter médico ante la enfermedad o el sufrimiento psíquico. De esta manera, la intervención psicológica representa también una oportunidad para la delimitación de la función del psicólogo en un contexto en el que prevalece la enfermedad como única entidad posible para los que se encuentran concernidos por ella. De ahí que se considere la perspectiva psicoanalítica propuesta por Freud, señalando que quien enferma no puede reducirse únicamente a sus manifestaciones fisiológicas o psicológicas, sino a lo que puede constituir su sufrimiento a partir de su historia y del contexto en general.

Además, la construcción de esta tesis también estuvo fundamentada por los constantes cuestionamientos acerca de lo que el psicoanálisis podía ofrecer a las demandas de carácter médico, provenientes no sólo de quienes ejercen tal profesión, sino de quienes se jactan de ser un conjunto de síntomas fisiológicos que atiende una institución hospitalaria. Por tal



razón se puede concluir que las demandas de una intervención en el ámbito hospitalario no son similares a las que se realizan en el consultorio clínico privado. Para muchos puede ser una limitación, pues no se obedece al encuadre de lo que la clínica psicoanalítica aborda generalmente. Es necesario realizar un diagnóstico social de las necesidades que se presentan en la institución donde labore el psicólogo para, a partir de éste, desarrolle estrategias de intervención.

Insertarse como psicólogo en una institución, implica asumir los objetivos para los cuales se funda la institución. De esta manera, la tarea del psicólogo no se limita únicamente a realizar intervención psicológica como tal, sino también a constatar, mediante su trabajo, los objetivos que pretende la institución, desde su normatividad hasta la referencia que puede llegar a ser al representar a la institución a la que pertenece. Esto se ejemplifica con la delimitación que se hace al proponer un trabajo clínico sobre el abordaje de padres y madres que han tenido un hijo con defectos al nacimiento.

Con esta propuesta, lo que se pretende es dar a conocer una perspectiva conceptual del objeto como causa del deseo, en el abordaje del proceso de duelo y la melancolía como proceso patológico. Dicho abordaje se plantea mediante la necesidad de considerar un espacio terapéutico para la atención del padecer y la inquietud generada ante circunstancias adversas para el usuario de la institución. El lugar del psicólogo se legitima en la medida en que delimita su función dentro de la institución, mediante su trabajo de intervención clínica y de sensibilización sobre el aspecto psicológico. En la medida en que el trabajo del psicólogo se respalda con los objetivos que pretende la institución, como mejorar la calidad de vida de los usuarios que presentan defectos al nacimiento, se está cumpliendo con la normatividad que también respalda al quehacer del psicólogo. En consecuencia, se legitiman los servicios que ofrece la institución y, por ende, también al lugar que se le brinda a quien hace uso de ella: el usuario.

El lugar que se le brinda al usuario es necesariamente de participación, es decir, de alguien que para exigir un servicio también debe asumir responsabilidad, cumpliendo con la normatividad que establece la institución. Por ejemplo, cuando el papá o la mamá contribuyen para el adecuado seguimiento y tratamiento de su hijo al realizarle la terapia física, la administración y cumplimiento de su tratamiento médico, etcétera, están asumiendo una parte activa de lo que la institución requiere. El objetivo de prevención y tratamiento de los defectos al nacimiento se convierte así en un objetivo compartido entre la institución de salud y sus usuarios; obligación que suele dejarse únicamente a la institución.

Si lo que se pretende es ejercer la clínica, entonces es importante mantener la posición de quien ofrece un espacio para el decir del síntoma o del dolor ante una pérdida estableciendo un previo análisis de las condiciones que se ofrecerán al usuario; sobre todo cuando el mismo usuario no posee conocimiento alguno de lo que hace un psicólogo en una institución hospitalaria. También es importante dar paso al deseo que generalmente es acallado al privilegiarse el síntoma físico o fisiológico, tratando de eliminarlo sin vistas de un más allá del síntoma. El hecho de no conocer la perspectiva médica del padecimiento puede llegar a ser también una limitación para ejercer una participación activa en el tratamiento del que padece la enfermedad, y por consiguiente, eliminar la posibilidad de un más allá del síntoma. O incluso, el hecho de solo concentrar la atención al padecer del enfermo desde el aspecto médico reduce al enfermo a la condición de ser para los Otros un objeto sin posibilidad de asumirse como sujeto. Por ejemplo, el niño cardiópata que ante la extrema atención a su padecimiento se le protege “por su salud” en condiciones de total control pretendiendo proporcionarle una vida sin disgustos, agitaciones, sustos, infelicidad y afecciones. Son en algunos casos, condiciones que precipitan problemáticas como niños tiranos que presentan más riesgos de accidentes o impresiones emocionales ante la ausencia de parámetros normativos que les permitan estructurar experiencias de conocimientos preventivos en una convivencia con otros. Se desea que su corazón esté sano, pero, no es sólo un corazón, también es un niño que ve, toca, siente, piensa y además de

ser un deseo de sus padres, también se le impide que pueda desarrollar habilidades propias de un sujeto deseante. ¿Qué efecto tendrá la ausencia de la falta en ese pequeño si no le han brindado la posibilidad de siquiera planteársela cuando lo obtiene todo? Ante la ausencia de la falta ¿qué estructura se le brinda al pequeño? ¿Objeto del narcisismo de los padres o sujeto con posibilidades de asumir sus limitaciones en beneficio del desarrollo de habilidades para la convivencia con los otros? En muchos de los casos son pequeños que presentan dificultades para el desarrollo del lenguaje, de psicomotricidad, de convivencia, de accidentes peligrosas como caídas, quemaduras, violencia o trastornos emocionales reflejados en enuresis, melancolía, trastornos del sueño o de la conducta, ansiedad, somatizaciones, etcétera. De ahí la importancia de poder trabajar con los padres sobre la necesidad de considerar la salud integral. La función del psicólogo y por tanto, del aspecto psicológico retoma desde esta perspectiva un lugar de referencia para la atención de los usuarios.

El empleo del concepto del objeto causa del deseo, permite evidenciar que quienes fungen como empleados de la institución hospitalaria pueden llegar a ser un soporte para quienes hacen uso de ella o contrariamente, un elemento que contribuya a desobjetivar. Por esta razón, se puede argumentar que quien acude a la institución pueda llegar a reducirse generalmente a un complejo de síntomas u órganos. De ahí la importancia en esclarecer sobre lo que es un proceso de duelo o un estado melancólico. No necesariamente alguien que ingresa al hospital es melancólico o lleva un proceso de duelo, sin embargo, la razón de su ingreso puede llegar a ser un momento para conocer la importancia de la salud desde el aspecto integral (ser biopsicosocial).

La propuesta generada ante el planteamiento del concepto del objeto a es entonces reconocer que, para la constitución de un sujeto, resulta relevante la introducción de Otro que funja como soporte del deseo, señalando la falta en la que se encuentra el sujeto; la cual es necesaria para el despliegue del deseo, no de ese Otro, sino de quien se sirva de esa

falta para constituirse como sujeto de su propio deseo. Por lo tanto, la falta no es lo que enferma, sino lo que posibilita la presencia de algo que estructure o ponga en movimiento al deseo.

Las experiencias de pérdidas de proyectos, de seres queridos, de funciones, de oportunidades, etcétera, no son siempre una maldición eterna para quienes la sufren, ni tampoco una garantía estoica de bienestar divino. Todo ello depende de lo que se pretenda como quehacer clínico y de la delimitación del mismo sujeto que se asoma al consultorio del psicólogo del hospital como alternativa para eliminar su padecer psíquico. La propuesta respecto a la función del psicólogo en una institución hospitalaria corresponde a la elaboración del diagnóstico general de las demandas dirigidas al psicólogo, a partir de la singularidad del contexto institucional y de acuerdo a las circunstancias que para ésta son determinantes del sufrimiento como síntoma. Un defecto al nacimiento que tiene posibilidades de ser modificado a través de un tratamiento multidisciplinario proyecta a su vez la importancia de la salud integral y de que ante sus servicios ofrece también un soporte que sirva para el beneficio del sujeto. Se identifica la falta (de algún órgano, de la salud, de "normalidad", etc.) pero no para reducir al sujeto a la incompletud como limitante, sino para detonar también a lo que se puede alcanzar mediante el compromiso y participación del sujeto si considera que el defecto o la enfermedad es solo una parte de lo que es como usuario.

Si se retoman los conceptos de duelo, de melancolía y de angustia es porque mediante ellos se nos permite justificar que la intervención psicológica con orientación psicoanalítica funciona como soporte para el sujeto que tautológicamente se encuentra "sujeto al deseo", en el momento en el que se le da espacio a sus síntomas como discurso. Además, esto también justifica el empleo de la teoría psicoanalítica y no del empleo de la medicina como única alternativa.

Mediante esta propuesta se obtuvieron resultados en la atención que originalmente se pretendía con la inserción del psicólogo: mejorar en cierta

medida la calidad de vida de los usuarios del programa de salud al que pertenezco actualmente en la Institución. Los resultados no sólo se legitiman con el incremento de la atención a mayor número de usuarios y con la atención oportuna de los infantes, sino también con la diferencia en la intervención psicológica. Es decir, cuando se llega a solicitar una intervención psicológica no es únicamente cuando se observa sufrimiento, sino con la perspectiva de que sus síntomas pueden llegar a representar más allá que dolor, sufrimiento o datos cuantificables de un estudio de laboratorio; es decir, pueden llegar a ser posibilidades para reestructurar proyectos de vida o significados del padecer, roles en la dinámica familiar e incluso en la misma institución de salud. Se es enfermo o familiar del enfermo con posibilidades de también llegar a ser algo más que simplemente el padecer.

Quienes asisten con esta perspectiva, también se asumen como promotores de la salud propia y de quienes dependen de sus cuidados, porque la responsabilidad no está del todo en la institución de salud, sino de la participación de ambos, siempre y cuando exista la Institución como soporte de las necesidades del usuario para quien trabaja. Mientras haya un significante del Otro, habrá movimiento del deseo de cura y, por lo tanto, de una causa que sostiene o argumenta su síntoma de sufrimiento: el objeto que causa el sufrimiento como síntoma (objeto a). Pero para que esto suceda, será necesaria la intervención de un "Otro" que pueda accionar la identificación del sujeto con el objeto perdido, permitiéndole un examen de realidad mediante un espacio terapéutico y la articulación de su palabra como acto que subjetiva y da soporte.

Por lo antedicho, considero que el psicólogo será aquel que pueda fungir como el Otro que proporciona el lugar del supuesto saber –diría Lacan- en el que la escucha y la intervención terapéutica le atribuye al síntoma un sentido que es posible retomar como significante que genere la cura, tanto en el cuerpo como en lo que respecta a la angustia como reacción. El lugar del psicólogo implica así la posibilidad para el sufriente de colocarse como

un sujeto, ya sea como padre o como responsable de lo que para él representa ser un sujeto que determina la dirección de lo que aspira ante las circunstancias a las que se enfrenta. Las necesidades y las expectativas para muchos psicólogos que también funcionan como otro, son los elementos determinantes del lugar en que el psicólogo habrá de ocupar como el principal agente de la intervención psicológica.

## BIBLIOGRAFIA POR CAPÍTULO

### CAPITULO I

FREUD, S. (1977) Inhibición, Síntoma y Angustia; *Obras Completas de Sigmund Freud*, Argentina, Amorrortu.

SINDIS *Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Servicios Integrales para la Prevención y Atención a la Discapacidad*, Versión Preliminar en:

<http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsdl/collect/publin1/index/assoc/HASHb7a1.dir/doc.pdf>

### CAPITULO II

FREUD, S. (1977) Proyecto de una Psicología para Neurólogos; *Obras Completas de Sigmund Freud*, Argentina, Amorrortu.

#### **2.2 Tres ensayos de la teoría Sexual (1905)**

FREUD, S.; (1978) Tres ensayos de Teoría Sexual; *Obras Completas de Sigmund Freud*; Argentina, Amorrortu Editores.

RABINOVICH, S. (1988) *El concepto de Objeto en la Teoría Psicoanalítica, sus incidencias en la dirección de la cura*; Argentina; Ediciones Manantial.

#### **2.3 Introducción al Narcisismo (1914)**

FREUD, S. (1977) Introducción al Narcisismo; *Obras Completas de Sigmund Freud*, Amorrortu; Vol. XIV; Argentina, Amorrortu Editores.

#### **2.4 Pulsiones y destinos de Pulsión (1915)**

FREUD, S. (1977) Pulsiones y destinos de pulsión; *Obras Completas de Sigmund Freud*, Amorrortu; Vol. XIV; Argentina, Amorrortu Editores.

#### **2.5 Duelo y Melancolía (1917)**

FREUD, S. (1977); Duelo y Melancolía; *Obras Completas de Sigmund Freud*; (1924); Argentina, Amorrortu Editores.

FREUD, S. (1977); *Introducción al Narcisismo (1915)*; *Obras Completas de Sigmund Freud*, Amorrortu; Vol. XIV; 1976, Argentina.

FREUD, S.; (1977); La Identificación, en Psicología de las masas y análisis del yo *Obras Completas de Sigmund Freud*; (1917); Argentina, Amorrortu Editores.

### **CAPITULO III**

ALLOUCH, J. (2001) La invención del objeto a, Revista *Me cayó el veinte Erotofanías*, Vol. 1. México, Editorial Psicoanalítica de la Letra A.C.

LACAN, J. (2004); No sin tenerlo, sesión del 9 de enero de 1963; *Seminario de la Angustia; Libro X*; Argentina Edit. Paidós.

LACAN, J. (2004). La causa del deseo, sesión del 16 de enero de 1963; *Seminario de la Angustia Libro X*; Argentina Edit. Paidós.

LACAN, J. (2004) Pasaje al acto y acting out, sesión del 23 de enero de 1963; *Seminario de la Angustia; Libro X*; Argentina Edit. Paidós.

#### **3.2 El objeto a como causa y el objeto de deseo**

LACAN, J. (2004) La causa del deseo, sesión del 16 de enero de 1963; *Seminario de la Angustia; Libro X*; Argentina Edit. Paidós.

#### **3.3 El fetiche como causa del deseo**

LACAN, J. (2004) No sin tenerlo, sesión del 9 de enero de 1963; *Seminario de la Angustia; Libro X*; Argentina Edit. Paidós.

#### **3.4 La causa de la angustia**

LACAN, J. (2004) La causa del deseo, sesión del 16 de enero de 1963; *Seminario de la Angustia; Libro X*; Argentina Edit. Paidós.

LACAN, J. (2004) Más allá de la angustia de castración, sesión del 5 de diciembre de 1962; *Seminario de la Angustia; Libro X*; Argentina Edit. Paidós.

#### **3.5 El Otro como ley**

BRAUNSTEIN, N. (2005). Los Goces Distinguidos; *Goce*; México, D.F. Siglo XXI Editores.

FREUD, S. (1977) Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina; *Obras Completas de Sigmund Freud; Vol. XVIII*; Argentina Editorial Amorrortu.

LACAN, J. (2004) La causa del deseo, sesión del 16 de enero de 1963; *Seminario de la Angustia; Libro X*; Argentina Edit. Paidós.

LACAN, J. (2004) Más allá de la angustia de castración, sesión del 5 de diciembre de 1962; *Seminario de la Angustia Libro X*; Argentina Edit. Paidós.

LACAN, J. (2004) Del cosmos al unheimlichkeit; sesión del 28 de noviembre de 1962; *Seminario de la Angustia; Libro X*; Argentina, Edit. Paidós.



### **3.6 Pasaje al acto y acting out**

LACAN, J. (2004) Pasaje al acto y acting out, sesión del 23 de enero de 1963; *Seminario de la Angustia; Libro X*; Argentina Edit. Paidós.

ALLOUCH, J. (2001) La invención del objeto a, Revista *Me cayó el veinte Erotofanías*, Vol. 1. México, Editorial Psicoanalítica de la Letra A.C.

LACAN, J. (2004) Más allá de la angustia de castración, Sesión del 5 de Diciembre de 1962; *Seminario de la Angustia; Libro X*; Argentina Edit. Paidós.

### **3.7 Sobre Duelo y Melancolía**

FREUD, S; (1977) *Obras Completas de Sigmund Freud*; Duelo y Melancolía (1924); Amorrortu Editores.

## **CAPITULO IV**

Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA 2000 Prevención y Control de Defectos al Nacimiento; 31 de Octubre de 2001; Diario Oficial de la Federación; México, D.F

LACAN, J. (2004); *Seminario de la Angustia*; Sesión del 12 de Diciembre de 1962; Argentina, Edit. Paidos.

LACAN, J. (2004); *Seminario de la Angustia*; Sesión del 12 de Diciembre de 1962; Argentina, Edit. Paidos.

LACAN, J. (2004); *Seminario de la Angustia*; Sesión del 23 de Enero de 1963; Edit. Paidos.

SINDIS *Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Servicios Integrales para la Prevención y Atención a la Discapacidad*, Versión Preliminar en:

<http://bibliotecas.salud.gob.mx/qsdl/collect/publin1/index/assoc/HASHb7a1.dir/doc.pdf>

## BIBLIOGRAFÍA

ALLOUCH, J. (2001) La invención del objeto a, Revista *Me cayó el veinte Erotofanías*, Vol. 1. México, Editorial Psicoanalítica de la Letra A.C.

BRAUNSTEIN, N. (2005). Los Goces Distinguidos; *Goce*; México, D.F. Siglo XXI Editores.

FOUCAULT, M. (2000) Nietzsche, la Genealogía, la Historia; España, Editorial Pre-textos.

FREUD, S.; (1977) Tres ensayos de Teoría Sexual (1905); *Obras Completas de Sigmund Freud*; Vol. VII; Argentina, Amorrortu Editores

FREUD, S. (1977) Proyecto de una Psicología para Neurólogos (1950); *Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. I; Argentina, Amorrortu Editores

FREUD, S. (1977) Introducción al Narcisismo (1914); *Obras Completas de Sigmund Freud, Amorrortu*; Vol. XIV; Argentina, Amorrortu Editores.

FREUD, S. (1977) Pulsiones y destinos de pulsión (1915); *Obras Completas de Sigmund Freud, Amorrortu*; Vol. XIV; Argentina, Amorrortu Editores.

FREUD, S. (1977); La Identificación, en Psicología de las masas y análisis del yo (1917); *Obras Completas de Sigmund Freud*; Vol. XVIII; Amorrortu Editores.

FREUD, S. (1977) Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina (1920); *Obras Completas de Sigmund Freud*; Vol. XVIII; Argentina Editorial Amorrortu

FREUD, S. (1977); *Obras Completas de Sigmund Freud*; Duelo y Melancolía (1924); Argentina, Amorrortu Editores.

FREUD, S. (1977) Inhibición, Síntoma y Angustia (1926); *Obras Completas de Sigmund Freud*, Argentina, Amorrortu.

GUINSBERG, E. (2001) La Salud mental en el Neoliberalismo; México; Plaza y Valdés Editores.

LACAN, J. (2004); Seminario de la Angustia; *Libro X*; Argentina, Edit. Paidós.

*Del cosmos al unheimlichkeit*, sesión del 28 de noviembre de 1962

*Más allá de la angustia de castración*, sesión del 5 de diciembre de 1962

*Lo que engaña*, Sesión del 12 de Diciembre de 1962

*Lo que no engaña*, Sesión del 19 de Diciembre de 1962

*No sin tenerlo*, sesión del 9 de enero de 1963

*La causa del deseo*, sesión del 16 de enero de 1963

*Pasaje al acto y acting out*, sesión del 23 de enero de 1963

NASIO; J.D.: (2004) *Los gritos del cuerpo, psicomatica*; 1ª ed. 3ª reimp.; Buenos Aires, Argentina; Editorial Paidós.

NASIO; J.D. (1992 ) *Cinco lecciones sobre la Teoría de Jacques Lacan*; Barcelona, España; Editorial Gedisa.

Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA 2000 Prevención y Control de Defectos al Nacimiento; 31 de Octubre de 2001; Diario Oficial de la Federación; México, D.F.

RIEDER, I.; VOIGT, D. (2004) *La joven homosexual de Freud*; Buenos Aires, El cuenco de Plata Editores.

RABINOVICH, S. (1988) *El concepto de Objeto en la Teoría Psicoanalítica, sus incidencias en la dirección de la cura*; Argentina; Ediciones Manantial.

ROUDINESCO; E.; (2000) *Lacan Esbozo de una vida historia de un sistema de pensamiento*; Buenos Aires, Argentina; Editorial Paidós.

ROUDINESCO; E.; (2000) *¿Por qué el psicoanálisis?*; Buenos Aires, Argentina; Editorial Paidós.

ROUDINESCO; E.; (2005) *El paciente, el terapeuta y el Estado*; Buenos Aires, Argentina; Editorial Siglo Veintiuno editores Argentina.

SINDIS *Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Servicios Integrales para la Prevención y Atención a la Discapacidad*, Versión Preliminar en:

<http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsdl/collect/publin1/index/assoc/HASHb7a1.dir/doc.pdf>

TAMAYO, L. (2004); *El discipulado en la formación del psicoanalista; un aporte del psicoanálisis a la pedagogía*; México; Editorial Sello de Agua Ensayo.

**ANEXO  
CUESTIONARIO**

**Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer  
“Luis Felipe Núñez”**

**Programa de Servicios Integrales para la Prevención y Atención a la  
Discapacidad (SinDis)**

**SEXO:**

**EDAD:**

**CUNERO:**

**CUNA:**

**INSTRUCCIONES:** Registrar las respuestas del usuario e indicarle la importancia de sus comentarios y opiniones personales, las cuales serán totalmente anónimas y confidenciales para el diseño de estrategias de mejora en la atención psicológica.

**CUESTIONARIO**

1. Desde la hospitalización de su hijo(a) ¿cuáles han sido las dificultades con las que se ha enfrentado?
2. ¿Cómo las ha solucionado?
3. En el aspecto emocional ¿cómo ha obtenido el apoyo desde las mismas circunstancias de la hospitalización de su hijo(a)?
4. ¿Cuáles han sido las consecuencias de las mismas circunstancias en la relación familiar y en lo personal?
5. ¿Cuál es su opinión sobre la información que el personal de salud le ha proporcionado?
6. De acuerdo a su opinión ¿cuál es la idea que posee acerca de lo que hace un psicólogo en el hospital?
7. ¿En qué situaciones iría con el psicólogo?
8. ¿Estaría dispuesto a asistir a las pláticas que se ofrecerán para ustedes en el que se abordarán temas de psicología? ¿Por qué?