



UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TESINA DE LICENCIATURA

“UNA MIRADA PSICOANALÍTICA DE LA EPILEPSIA”

Director: Magister Marta Funes.

Alumna: Nieto Noelia

Mendoza, Octubre 2015

HOJA DE EVALUACION

TRIBUNAL:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Mgter. Marta Funes.

Calificación:

AGRADECIMIENTOS

A mis padres quienes apoyaron la decisión de emprender este camino, y fueron los primeros que creyeron que esto podría ser posible. Por su eterna compañía y ayuda incondicional. Gracias por estar en cada momento de mi vida, por acompañarme en cada triunfo, y gracias por enseñarme que un fracaso puede ser un aprendizaje. Gracias por el ejemplo de lucha y perseverancia. Sin ustedes en mi vida nada de esto sería igual.

A mi hermana Gabriela, por ser el mayor regalo que la vida me dio, y ser la fuerza que me ayuda a seguir. Gracias por creer en mí y por brindarme siempre tu comprensión y apoyo. Por siempre escuchar y ofrecerme la mejor opinión. Gracias por ser también parte de este camino y por cada uno de los días en los me ayudaste a que esto sea posible.

A mi novio Andrés, porque te has convertido en mi compañero de vida. Gracias por tu amor y tu apoyo. Por tu enorme paciencia y por transmitirme la paz y tranquilidad que me permiten encontrar mi centro. Gracias por formar parte de todo esto y por soñar una vida juntos.

A mis abuelos, gracias por todo su amor, por estar cada vez que los necesite. Gracias por entender y apoyar cada sueño.

A la Sra. Keyla, por todas las mañanas de estudio en los que me brindaste todo tu amor y compañía. Gracias por ser tan incondicional y regalarme muchos momentos de felicidad. Te voy a extrañar.

A mi amiga Ana Laura por caminar juntas este sueño, por cada mañana de estudio, por cada mate compartido, por lograr que ese pánico antes de rendir fuera menos sufrido. Gracias por tu hermosa amistad, y por estar siempre ahí.

A las Licenciadas Daniela Ganem, Romina Gelardi y Gabriela Sarruf, por brindarme su ayuda, por escuchar mis crisis pre tesis. Gracias por siempre estar dispuestas a brindar sus conocimientos y opiniones para colaborar en este proyecto. Gracias por las risas compartidas. Por ser cómplices en esta hermosa profesión.

A la Licenciada Marta Funes, que tan amorosamente me recibió para dirigir mi tesis. Gracias por brindarme su tiempo y sus amplios conocimientos. Por ayudarme a construir este proyecto de la mejor manera posible. Por no dejar que los miedos venganzan.

Al Licenciado Roberto González por su excelente supervisión en mis prácticas profesionales, y por ser quien motivó la investigación del tema y permitir con eso, la construcción de esta tesina.

RESUMEN

La finalidad de esta investigación es intentar realizar una lectura diferente de la epilepsia. Para esto y teniendo en cuenta que en esta enfermedad existe una base neurológica, fue indispensable recurrir a la ciencia médica en primer lugar, que fue la que nos brindó un amplio conocimiento acerca de las variables implicadas y sus características. Luego, y sobre esta base, se tratará de buscar respuestas desde una perspectiva psicoanalítica, tomando como punto de referencia a Freud y Lacan siguiendo también a diferentes autores contemporáneos de dicha línea que enriquecieron los conceptos estudiados.

Para poder analizar y articular lo estudiado se recurre a un caso clínico de una paciente de 15 años con diagnóstico de epilepsia. El estudio de las diferentes entrevistas y técnicas aplicadas permitieron observar la presencia de un vínculo fusional entre la madre y la paciente cargado de tintes de indiferenciación. Será a partir de esto que se realiza un análisis más profundo para poder comprender que es lo que sucede en este caso.

La teoría estudiada permitió encontrar aportes de diferentes autores a este tema desde lo psicoanalítico que plantearon a la epilepsia como una regresión, y una descarga pulsional. Así mismo se pudo apreciar la cercanía de esta patología a la neurosis en la que el cuerpo es el elemento elegido para la descarga de algo que no fue tramitado psíquicamente. Además de esto, podremos observar la relación entre el padecimiento de la enfermedad y un tipo de vinculación fusional con la figura materna.

.

.

ABSTRACT

The purpose of this research is to try to make a different reading of epilepsy. For this and considering that there is a neurological basis for this disease, it was necessary to resort to medical science in the first place. They gave us extensive knowledge about the variables involved and their characteristics. Then, and on this basis, we will try to find answers from a psychoanalytic perspective, taking as a reference Freud and Lacan also following different contemporary authors of the line that enriched the concepts studied.

To analyze and articulate what is used to study a clinical case of a patient of 15 years with a diagnosis of epilepsy. The study of the different techniques used interviews and allowed to observe the presence of a fusional bond between mother and patient undifferentiated dye loaded. It was from this that further analysis is performed in order to understand what happens in this case.

The theory studied possible contributions of different authors find this issue that arose from the psychoanalytic epilepsy as a regression, and a drive discharge. It also could appreciate the closeness of this disease to neurosis in which the body is chosen to download something was not processed psychically element. Besides this, we can see the relationship between the condition of the disease and a type of fusional relationship with the mother figure.

ÍNDICE:

	Pág.
Hoja de evaluación	3
Agradecimientos	4
Resumen	5
Abstract	6
Índice	7
Introducción	10
PRIMERA PARTE: MARCO METODOLÓGICO	
1- Metodología de la investigación	15
2- Tipo de estudio y de diseño	16
3- Hipótesis	16
4- Objetivos de la investigación	17
5- Preguntas de investigación	17
6- Procedimiento metodológico	17
SEGUNDA PARTE: MARCO TEÓRICO	
<u>CAPÍTULO I: PRIMER ACERCAMIENTO A LA EPILEPSIA</u>	
" UN RECORRIDO DESDE LA MEDICINA, LA PSIQUIATRÍA Y EL PSICOANÁLISIS"	
<u>APARTADO I: APORTES DESDE LA CIENCIA MÉDICA</u>	
1- Definición desde la medicina	21
2- Crisis epilépticas y Epilepsia	22
3- Historia	23
4- Epidemiología	25
5- Signos y síntomas	26
6- Clasificación	26
A- Crisis Parciales o Focales	27
A.1- Crisis Parciales Simples	28
A.1.I Con sintomatología de tipo Motora	28
A.1.II Con sintomatología de tipo Somatosensitiva	29
A.1.III Con sintomatología de los Sentidos Especiales	29
A.1.IV Con sintomatología de tipo Autónomo	29
A.1.V Con sintomatología de tipo Psíquica	29
A.2-Crisis Parciales complejas	30

B- Crisis Generalizadas	31
B.1 Ausencias	31
B.2 Crisis Mioclónicas	32
B.3 Crisis Generalizadas Tónico-Clónicas	32
B.4 Crisis Tónicas	33
B.5 Crisis Atónicas	33
7- Diagnóstico	34
A- Diagnóstico Diferencial	37
A.1 Convulsiones febriles	37
A.2 El espasmo del sollozo	37
A.3 Síncopes	38
<u>APARTADO II: APORTES DESDE LA PSIQUIATRÍA</u>	38
1- Epilepsia y personalidad epiléptica	38
2- El paroxismo epiléptico y la personalidad	41
A- La crisis "en situación"	41
B- Factores psicológicos favorecedores	42
C- Epilepsia y Neurosis	42
D- Epilepsia y psicósomática	42
<u>APARTADO III: APORTES DESDE EL PSICOANÁLISIS</u>	43
<u>CAPÍTULO II: RECORRIDO POR CONCEPTOS FUNDAMENTALES EN LA ENSEÑANZA DE FREUD</u>	
1- Estructuración del aparato psíquico desde Freud	46
1.1. Experiencia de satisfacción y experiencia de dolor	47
1.2. Pulsión	50
1.2. A ¿Qué es la pulsión?	50
1.2. B Esfuerzo, meta, objeto y fuente	51
1.2. C Tipos de pulsión	52
1.2. D Más allá del principio de placer	53
1.3 Complejo de Edipo	55
1.3.A El primado del falo	56
1.3.B Complejo de castración	57
1.3.C Sepultamiento del complejo de Edipo	59
2- La epilepsia en la obra de Freud: Texto Dostoievski y el parricidio	60
2.1 ¿Quién era Dostoievski?	61
2.2 Freud y su texto Dostoievski y el parricidio	61
2.3. Dostoievski y el parricidio: Epilepsia y neurosis	63
2.4. Epilepsia al servicio de la neurosis: Epilepsia afectiva en Dostoievski	64

CAPÍTULO III: RECORRIDO POR CONCEPTOS FUNDAMENTALES EN LA ENSEÑANZA DE LACAN	
1- El sujeto y el Otro	69
1.1 Alienación y separación	69
1.2 Necesidad, Demanda y Deseo	73
2- Función Paterna	76
2.1 ¿Qué es un padre?	76
2.2 Los 3 tiempos del Edipo	77
2.3 Metáfora Paterna	83
2.3.1 ¿Qué es una metáfora?	83
2.3.2 Significante Deseo de la Madre	84
A. Goce Materno	86
2.3.3 Significante Nombre del Padre	87
A. carencia Paterna	88
TERCERA PARTE: APLICACIÓN PRÁCTICA. ARTICULACIÓN TEÓRICO CLÍNICA: CASO "C"	
1- Presentación del caso clínico "C"	91
A. Familiograma	91
B. Introducción al caso clínico "C"	92
2- Análisis del caso "C"	94
CUARTA PARTE: CONCLUSIONES	
1- Conclusiones finales	113
Bibliografía	121
Anexos	

INTRODUCCIÓN:

El siguiente trabajo de investigación intenta realizar un aporte psicoanalítico a la enfermedad de la epilepsia siempre teniendo en cuenta que en ella existe una base neurológica. Esto fue motivado por el encuentro en la teoría estudiada de diversos casos de pacientes epilépticos que a pesar de ser medicados y estar en tratamiento, presentaron una perseverancia de las crisis convulsivas. Esto nos llevó a interrogarnos que es lo que sucede en estos sujetos, abriéndose, de esta manera, la posibilidad de entender a la epilepsia como algo que va más allá de lo biológico. Así nos encontramos en la investigación teórica con aportes desde lo psicoanalítico realizados a este tema que plantearon la existencia en esta enfermedad de una regresión, y una descarga pulsional. Así mismo se planteó ciertas semejanzas entre esta patología y la neurosis, debido a que en ambas el cuerpo es el elemento elegido para la descarga de algo que no fue tramitado psíquicamente. Además de esto, se encontró en la teoría el planteamiento de que en esta enfermedad, existe un tipo de vinculación fusional con la figura materna.

La tesina con la que nos encontraremos a continuación surge a partir del estudio de un caso clínico de una paciente de 15 años con diagnóstico de Epilepsia. El mismo es evaluado bajo una perspectiva psicoanalítica y se lleva a cabo a través de un psicodiagnóstico realizado durante el curso de las prácticas profesionales.

Al avanzar con el análisis de las técnicas se pudo observar que el vínculo entre la paciente y su madre sería de tipo fusional, y presentaría ciertas características de indiferenciación. De este modo los interrogantes no demoraron en aparecer y permitieron construir las preguntas de investigación que guiarían el trabajo a seguir. Entre ellas encontramos las siguientes: ¿Cuál es la lectura que se hace desde el psicoanálisis de la epilepsia? ¿Cómo es la relación y/o vinculación de estos sujetos con la figura materna? ¿Existe en la epilepsia estrago materno?

En un intento de aclarar parte de estos interrogantes traemos a colación lo que planteó Freud en su texto "DOSTOYEVSKI Y EL PARRICIDIO" (1928/1988) en donde sostuvo que la «reacción epiléptica», se pone a disposición de la neurosis, cuya esencia consiste en derivar por el camino somático aquellas magnitudes de excitación que le es imposible manejar

psíquicamente. El ataque epiléptico pasa a ser, de este modo, un síntoma de la histeria. Esto hizo que surgiera el interrogante en relación a, si la enfermedad de esta paciente tendría que ver con la liberación por medio del cuerpo de algo que su psiquismo no ha podido tramitar.

Será a partir de todo lo planteado que fue necesario ordenar el camino a seguir para poder ir aclarando las variables implicadas en este caso clínico. Así para poder comenzar a investigar nos dirigiremos en primera instancia a la ciencia médica que nos aportara los primeros conocimientos acerca de lo que implica esta enfermedad, así como también nos permitirá conocer el desarrollo de la misma y sus características. Luego pasaremos a focalizarnos en los aportes que nos hacen la psiquiatría y el psicoanálisis como los demás pilares que sustentan esta investigación.

Para ubicar al lector dentro de lo que se desarrollara a continuación, diremos que el siguiente trabajo será dividido en 4 partes fundamentales. La primera de ellas está conformada por el **Marco Metodológico**, en el que se podrán ver el tipo de estudio y de diseño que se siguió, los objetivos que se plantearon al inicio del trabajo, las preguntas de investigación, como así también el tipo de procedimiento metodológico elegido para trabajar y la hipótesis que guio la investigación. Luego encontraremos la segunda parte que es el **Marco Teórico**, que será fragmentado a su vez en 3 capítulos. El primero de ellos es el primer acercamiento a la enfermedad de la Epilepsia en el que se realiza un recorrido desde la medicina, la psiquiatría y el psicoanálisis. Luego de esto, pasamos a recurrir a las obras de Freud y Lacan para tomar de cada uno de ellos los conceptos más importantes que ayuden a ir conformando el camino de interpretación. Constituyendo esto el segundo y tercer capítulo respectivamente.

A continuación de todo esto y para seguir avanzando en el desarrollo de esta tesina, debemos decir que luego de lo descripto, hallaremos la tercera parte en la que se presenta la **Articulación Clínica**. En ella veremos en primer lugar la presentación del caso clínico elegido para trabajar, como así también la articulación que se realizara entre la teoría estudiada y los aspectos analizados del caso clínico particular. En última instancia encontraremos la cuarta parte, que está constituida por las **Conclusiones**.

Como ya se mencionó, el inicio de este trabajo fue a partir de la investigación de la epilepsia desde la ciencia médica. Allí pudimos conocer la definición que hace, esta ciencia, de la enfermedad mencionada. Luego, y debido a la larga trayectoria encontrada de esta enfermedad, se hizo un pequeño recorrido de la epilepsia a lo largo de la historia para conocer cómo ha ido evolucionando.

Para seguir avanzando fue importante desarrollar cuales son los síntomas de esta enfermedad, como así también la clasificación que se hace de ella según la sintomatología que se presenta en el paciente. Además se planteó la importancia de realizar un acertado diagnóstico, llegando a ser necesaria, en determinadas situaciones, la aplicación de un diagnóstico diferencial.

En relación al panorama planteado desde la teoría, se pudieron hallar ciertos aspectos que se asemejarían a lo observado en el caso clínico estudiado aquí, lo que generó un mayor interés en comprender el porqué de esta situación. Para esto fue necesario realizar un sondeo más profundo de las características de esta enfermedad y de esta manera poder luego aplicar una mirada psicoanalítica de la misma en el caso clínico. Para esto, fue muy importante dirigirnos a la ciencia de la psiquiatría y desde allí elaborar el segundo apartado de este primer capítulo. Dentro de la psiquiatría encontraremos desarrollados temas como por ejemplo la personalidad del paciente epiléptico y sus características. Será aquí mismo donde se planteó un primer acercamiento de la epilepsia con la neurosis.

Como podremos ver más detalladamente luego, al momento de Investigar la psiquiatría descubrimos que en relación a lo planteado por los diferentes autores, se encontraron coincidencias en los pacientes epilépticos en la existencia de una cierta tendencia a ser adhesivos en sus relaciones interpersonales, a una notable dificultad a adaptarse a ambientes o circunstancias diferentes de los que le son familiares, y en una marcada lentitud en el proceso de adaptar sus reacciones emocionales apropiadamente a las fluctuaciones de los estímulos ambientales, así como también se observan arranques agresivos sin grandes motivos. Es por esto que desde la psiquiatría, se plantea que en estos pacientes existe una oscilación entre “la viscosidad y las descargas explosivas”. Frente a esto nos planteamos un interrogante que comenzaría a perfilar la investigación siguiente, este es ¿porque se dan estas características en los sujetos que padecen de epilepsia? Sanjuan (2001) al trabajar con niños que presentaban distintos diagnósticos de epilepsia, plantea que en esta enfermedad se ha detectado una conflictiva de extrema dependencia con la madre, cuya relación fusional limita la autonomía y la separación. En todos los casos este autor ha observado una implicación de los padres, cuyas dificultades personales están jugando un papel importante, al interferir en los intentos de elaboración mental del niño, impidiendo por tanto el proceso normal de separación e individuación de este; llegando al extremo de invadir intrusivamente este espacio mental naciente del hijo.

Para seguir con el avance de este trabajo, fue importante desarrollar lo que constituiría el tercer y último apartado del primer capítulo. Allí encontramos las primeras conexiones entre el psicoanálisis y la epilepsia. Dentro de este apartado podremos hallar desarrollados trabajos de autores tales como Jesús Colás Sanjuan, y Sándor Ferenczi.

Por último y ya planteado todo este panorama en el que pudimos adquirir los primeros conocimientos de lo que acontece en esta enfermedad, nos dirigiremos luego a las obras de Freud y Lacan, como ya se mencionó, para profundizar desde el psicoanálisis.

PRIMERA PARTE

MARCO METODOLÓGICO

1- Metodología de la investigación:

El trabajo de investigación que se desarrollará parte de una inquietud clínica y se llevara a cabo desde una perspectiva psicoanalítica, tomando como eje fundamental a Freud y Lacan, y trabajando además con otros autores que enriquezcan la investigación.

El problema de investigación que se delimito dio lugar a la hipótesis de donde se partirá. La misma plantea que “en algunos sujetos que padecen epilepsia, más allá del sustrato o base neurológica de la misma, se establece un vínculo fusional entre madre-hijo, con posibilidad de quedar atrapados en el goce materno”. Será a partir de esta que podríamos suponer que se daría un aumento de las posibilidades de crisis, como un intento de separación subjetiva. Esta hipótesis destaca como central conceptos como epilepsia, relación fusional, deseo y goce materno.

De esta manera, se avanzará construyendo un recorrido que haga posible la indagación, procurando que ésta búsqueda, a través de la teoría, tenga el propósito de obtener esclarecimientos y precisiones conceptuales pertinentes al problema planteado.

Se abordará la temática comenzando por los textos de Freud y haciendo especial hincapié en los conceptos de deseo, síntoma, estructuración del aparato psíquico, por constituir nociones centrales para el estudio. Los avances que realiza Lacan a partir de Freud implican una lectura esclarecedora de dichos estudios y a la vez constituyen el fundamento de nuevos planteos, por lo que serán esenciales los conceptos de deseo materno, goce materno, nombre del padre, metáfora paterna, carencia paterna, registros simbólicos, imaginario y real.

Todo este desarrollo teórico será articulado con un caso clínico que fue tomado durante la realización de las prácticas profesionales.

2- Tipo de estudio y de diseño:

El estudio que se desarrollará a continuación es de tipo descriptivo, y se llevara a cabo desde una perspectiva psicoanalítica.

Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2006) en relación a este tipo de estudio descriptivo sostienen que:

Miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así (valga la redundancia) describir lo que se investiga. (p. 102)

El tipo de diseño que se utilizará será el narrativo. Con respecto a este diseño Hernández Sampieri et al. (2006) Explican que “(...) el investigador recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de ciertas personas para describirlas y analizarlas. Resultan de interés los individuos en sí mismos y su entorno, incluyendo, desde luego, a otras personas” (p. 701).

3- Hipótesis:

En algunos sujetos que padecen epilepsia, más allá de la base neurológica dada desde la psiquiatría, se establece un vínculo fusional entre madre-hijo, con posibilidades de quedar atrapados en el goce materno.

4- Objetivos de la investigación:

Objetivo general: Realizar un acercamiento a la Epilepsia desde el psicoanálisis.

Objetivos específicos:

- Indagar la enfermedad desde la ciencia médica y desde la psiquiatría.
- Investigar la temática haciendo un recorrido en conceptos de Freud como aparato psíquico, pulsión, compulsión a la repetición, más allá del principio de placer.
- Analizar en los seminarios de Lacan conceptos como registros simbólicos, real e imaginario, metáfora paterna, 3 tiempos del Edipo.
- Realizar una articulación teórica con el caso clínico.

5- Preguntas de investigación:

- ¿Cuál es la lectura que se hace desde el psicoanálisis de la epilepsia?
- ¿Cómo es la relación y/o vinculación de estos sujetos con la figura materna?
- ¿Existe en la epilepsia estrago materno?

6- Procedimiento metodológico:

La articulación clínica se realizará sobre la base de un caso clínico. Para esto tendremos en cuenta que un caso se construye a partir de un recorte que surge de un relato, en el que se delimita una estructura. Es decir un conjunto de elementos, lugares, posiciones y funciones. En el presente estudio, el caso se elabora en base a un paciente que es una niña de

15 años de edad que asiste a una escuela privada de Mendoza y que fue evaluada durante un proceso psicodiagnóstico llevado a cabo durante las prácticas profesionales.

En el análisis del caso clínico se evaluarán diversos aspectos o dimensiones de las siguientes variables:

- Características de la enfermedad como así también, características de la personalidad de la paciente.
- Tipo de vínculo que se ha establecido entre la paciente y su madre.
- Deseo Materno y Función Paterna en el caso clínico.

Para dar cuenta de dichas variables se llevará a cabo un análisis de entrevistas psicológicas semidirigidas, mantenidas durante el proceso psicodiagnóstico, con la niña y su madre. Así mismo, se completará el análisis con lo evaluado en las diferentes técnicas aplicadas.

SEGUNDA PARTE

MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1:

PRIMER ACERCAMIENTO A LA EPILEPSIA

**UN RECORRIDO DESDE LA MEDICINA, LA PSIQUIATRÍA Y EL
PSICOANÁLISIS**

El cuerpo físico, atravesado por las marcas del discurso, se independiza de la biología y toma un lugar propio ligado a lo simbólico de manera indisoluble. De allí que cada sufrimiento emocional se va a ver reflejado en el cuerpo y que, recíprocamente, cada acto que se ejerza sobre este ha de marcar, para bien o para mal, el modo de desear, de gozar, o de sufrir de un sujeto. Rolon, 2013 (p. 12)

Para comenzar a introducirnos en las características de esta enfermedad, realizaremos un sondeo desde 3 grandes vertientes. Estas son por un lado la medicina y los aportes que nos brinda acerca de lo que implica esta enfermedad, por el otro lado recorreremos la psiquiatría para que a partir de sus aportes podamos realizar una articulación de los factores psicológicos implicados en esta enfermedad y por ultimo veremos que aportes y significado le han dado, desde el psicoanálisis, a la epilepsia.

APARTADO I: APORTES DESDE LA CIENCIA MÉDICA:

1. Definición desde la medicina:

El término Epilepsia, dice el autor J. Asconapé (2003), se aplica a una variedad de condiciones clínicas caracterizadas por la presencia de trastornos paroxísticos recurrentes, que serán denominados crisis epilépticas. Esta enfermedad constituye una amplia categoría de entidades clínicas que indican distintos grados de disfunción cerebral.

En el texto “Tratado de Psiquiatría”, de los autores Henri Ey, Bernard y Brisset (1980) se plantea que la definición de Epilepsia presenta 3 vertientes. La primera es desde una vertiente fisiológica, en la que se explica que se trata de una descarga en masa de un grupo de neuronas cerebrales, o de su totalidad, momentáneamente afectadas de una sincronía excesiva. La segunda vertiente es desde una definición neurológica; aquí la epilepsia consiste

en las manifestaciones convulsivas de esta hipersincronia, o sus equivalentes. Pero además es posible aun, una *definición psiquiátrica*. Esta por una parte comprende los aspectos de desestructuración de la conciencia, en relación con la crisis y accidentes comiciales, y por otra parte, las modificaciones de la personalidad que eventualmente están asociadas a estos trastornos. (Ey, Bernard, Brisset, 1980)

Por todo lo dicho, podríamos resumir definiendo a las crisis epilépticas como: **“eventos clínicos transitorios que resultan de una descarga anormal, excesiva, sincrónica de un grupo de neuronas”** (p.93). Las crisis son por lo general breves, con una duración de segundos a minutos, y están caracterizadas por una alteración súbita del comportamiento. (Asconapé, 2003).

2. Crisis epilépticas y Epilepsia:

Según Neurowikia¹ las crisis epilépticas son episodios autolimitados en los que se puede observar una alteración de la función cerebral, causados por una actividad anormal y excesiva de grupos de neuronas corticales que producen descargas eléctricas sincrónicas. Estas crisis presentan una determinada expresión clínica que tiene relación con la función del cortex cerebral implicado en la descarga. Así es como podremos observar que se producirán síntomas motores cuando se afecten áreas frontales, sensitivos si la descarga compromete regiones parietales, visuales si afecta zonas occipitales, psíquicas o emocionales cuando participan estructuras temporales mesiales, etc. Es frecuente que la activación neuronal se propague de unas zonas a otras y se sucedan síntomas motores, sensoriales o cognitivos. En ocasiones, las crisis pueden presentar escasa sintomatología si comprometen regiones cerebrales pequeñas, y de poca expresividad clínica.

Las crisis epilépticas por sí mismas **no** son epilepsia, sino que, son un síntoma o trastorno motivado por múltiples causas y que a su vez producen irritación y funcionamiento anormal transitorio de las neuronas. Es por este motivo que J. Asconapé plantea que es importante aclarar que, si bien pueden observarse crisis convulsivas en cerebros no enfermos, esto no indica necesariamente que se trate de epilepsia. Esto es así, debido a que las

¹ Neurowikia: Portal de contenidos en neurología. Posee el aval científico de la sociedad española de neurología.

convulsiones pueden deberse a una patología cerebral aguda o una alteración extracerebral como lo son por ejemplo las convulsiones febriles, la hipoglucemia, la hipocalcemia, entre otras. A diferencia de estos casos, en la epilepsia se da una situación **crónica**, en la cual las crisis epilépticas se repiten a lo largo del tiempo sin una causa extracerebral que las provoque. (Asconapé, 2003)

En cuanto a las causas que provoca esta tendencia a presentar crisis epilépticas, vemos que existen 2 grandes grupos según el autor J. Asconapé (2003):

Epilepsias Sintomáticas: En las que se observan alteraciones estructurales cerebrales

Epilepsias Idiopáticas: Presentando una tendencia constitucional, probablemente determinada en forma genética. Aquí no hay una causa identificable.

3. **Historia:**

Lo interesante de conocer la trayectoria a través de los años de la epilepsia es que, pocas enfermedades ofrecen una historia tan amplia y variada como esta. Tan es así que presenta a través de los años una larga lista de nombres. Será por esto que es denominada enfermedad de los 1000 nombres.

Ya desde miles de años antes de Cristo, las antiguas culturas hacían referencia a la sintomatología, el diagnóstico, el tratamiento y la etiología de la epilepsia. En la búsqueda del origen de este desorden, cada civilización hizo interpretaciones que se relacionaron con la superstición, los poderes sobrenaturales, los astros o la posesión demoníaca.

Para poder realizar un recorrido a lo largo de los años de la enfermedad de la epilepsia, tomaremos de referencia a la *Asociación Andaluza de Epilepsia*². Dentro de ésta, veremos la descripción que hace de la historia de la epilepsia, que describiremos en los párrafos siguientes.

Esta asociación comienza explicando que esta enfermedad ya en la *Edad Antigua* era conocida como “Enfermedad divina o sagrada”. Los antiguos griegos pensaban que sólo un Dios podía arrojar a las personas al suelo, privarlas de sus sentidos, producirles convulsiones y

² *Asociación andaluza de Epilepsia*: Crea y Supervisa el portal web APICE. Esta asociación tiene carácter autonómico y se encuentra inscrita en el registro de Asociaciones de gobernación de la junta de Andalucía bajo el N° 8245. Además sostiene acuerdos con el colegio oficial de Médicos de Sevilla entre otros.

llevarlas nuevamente a la vida, aparentemente muy poco afectadas. Esto conllevó a que la epilepsia fuese considerada un fenómeno sobrenatural, lo que le otorgó esa denominación.

En esta época también se la denominó Enfermedad de la Luna, Mal lunar o Lunático porque se le atribuía el mal a un dios que actuaba a través de la Luna. El enfermo endemoniado era tabú, intocable, pues el que lo intentara podía ser poseído por el maligno y contraer la enfermedad. Las personas creían que las dolencias estaban controladas por los cuerpos celestes, en el caso de la epilepsia por la luna, lo que llevó a pensar que era probable que las crisis ocurrieran en luna llena.

Continuando con los aportes de la asociación antes mencionada, veremos que ya en la *Edad Media*, en el largo período que transcurre desde la muerte de Galeno hasta la invasión de Alejandría por los árabes (año 642), la medicina se bifurca en dos tendencias, correspondientes a la división del Imperio Romano por Teodosio el Grande: La *parte Oriental o bizantina* permitió la conservación del galenismo, y Constantinopla se convirtió, tras Alejandría, en el nuevo centro cultural hasta la invasión de los turcos en 1453. De esta manera *la parte occidental* corresponde a la propagación de la religión cristiana por el Mediterráneo, acentuada por la declaración del cristianismo como la religión del Imperio por Constantino y por la posterior invasión de los bárbaros. Es así como los Padres de la Iglesia suplantaron a los médicos en la teorización sobre la epilepsia, y se volverá de nuevo a las viejas creencias demoníacas, perdiendo toda su influencia las teorías naturalistas de los médicos griegos. Tanto es así que los relatos de San Marcos, San Mateo y San Lucas que narran como Jesús eliminó los espíritus diabólicos de un hombre que había tenido ataques desde la infancia se consideraron pilares fundamentales en la explicación de este mal. Así los epilépticos pasarán a llamarse "Caducus" y "Demoniacus".

Como se puede ver en lo expuesto por la asociación de referencia, a lo largo de la historia se fue confirmando que la epilepsia era una enfermedad contagiosa y maldita. Como a los leprosos y los infectados por la peste, se impedía que estos enfermos mantuvieran una relación social. Por lo tanto las familias se sentían deshonradas cuando alguno de sus miembros se veía afectado por la epilepsia e intentaban mantener oculta la enfermedad.

Esta concepción mágica que nos transcribe la Asociación Andaluza de Epilepsia (apice), contribuyó a la idea del epiléptico como un ser miserable. Su vida estaba marcada por un estigma social, del mismo modo que sucedió con la lepra. De nuevo la epilepsia será la enfermedad diabólica por excelencia y el epiléptico, un paciente maldito acosado por la incomprensión, el desprecio y, con frecuencia, la ira de sus congéneres.

En la *Edad Moderna*, específicamente durante el Renacimiento se acentúan y radicalizan las actitudes medievales, explica apice. Por ejemplo se lanzaban severas campañas contra las "brujas", haciéndolas responsables de muertes, de afligir terribles sufrimientos y enfermedades dolorosas. Una de esas enfermedades era la epilepsia. Así, nos explica la Asociación antes mencionada, muchos epilépticos fueron quemados en las hogueras de la Inquisición.

Sería recién Hipócrates el que provoca un cambio trascendental, ya que fue el primer médico que describiese a la epilepsia como una enfermedad natural que provenía del cerebro. En su libro sobre la Enfermedad Sagrada postulaba que la epilepsia era "una enfermedad cerebral causada por la obstrucción de los vasos, con flema"; oponiéndose con ello a la creencia que sostenía que los epilépticos estaban poseídos por dioses. Será él y sus discípulos de la Escuela de Cos, quienes desarrollasen en Grecia la "medicina científica".

Recién en los comienzos del siglo XIX junto con el nacimiento de la neurología se generalizarán los conceptos de las lesiones cerebrales, como causa de diferentes enfermedades y entre ellas de la epilepsia, se plantea en lo descripto por esta asociación.

Por último es importante recalcar un aporte fundamental que encontramos en lo expuesto por la asociación de referencia. Este es que durante esta época, ha sido de especial interés aquellas crisis parciales de *contenido afectivo* positivo denominadas *crisis extáticas o de Dostoievski* en honor a la extraordinaria descripción que el escritor hizo de éstas y que sufrió como aura de una crisis generalizada. A partir de esto se han indagado crisis similares en personajes históricos ilustres como son Pablo de Tarso, Juana de Arco, Teresa de Jesús. Escrivá de Balaguer, fundador del Opus Dei, también padecía episodios extáticos similares. Asimismo muchas otras personas importantes también padecieron epilepsia, mencionando entre estos a Alejandro Magno, Julio César, Pedro I de Rusia, Napoleón y Lord Byron.

4. Epidemiología:

Según Jorge Asconapé la epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes. En países Desarrollados tiene una incidencia entre 24 a 53 cada 100.000 sujetos, mientras que la prevalencia de epilepsia activa oscila entre 4 y 8 cada 1000 habitantes. Las

cifras en países en vías de desarrollo o subdesarrollados son ligeramente mayores, entre el 0,5 y el 1% de la población sufre de epilepsia. (Asconapé, 2003)

Con respecto a la edad, la incidencia es máxima durante el primer año de vida, disminuye en la tercera y cuarta década y luego vuelve a aumentar después de la sexta década. Es por este motivo que se dice que la epilepsia es una enfermedad de los extremos de la vida. La curva de incidencia es bimodal, presentando un pico muy alto en el primer año de vida, prontamente es seguido por una caída grande. Luego encontramos una incidencia estable durante la primera década, apareciendo una nueva caída. Y es a partir de los 50 años cuando comienza a aumentar, llegando a un pico muy alto a los 70-80 años. El 50% de las epilepsias se manifiestan antes de los 10 años y el 80% antes de los 20 años. (Asconapé, 2003)

En relación al género vemos una incidencia ligeramente superior en hombres más que en mujeres.

5. Signos y Síntomas:

Según la Organización Mundial de la Salud, las características de los ataques epilépticos son muy variables y dependen de la zona del cerebro en la que empieza el trastorno, así como de su propagación. Así es que pueden encontrarse síntomas transitorios, como ausencias o pérdidas de conocimiento, y trastornos del movimiento, de los sentidos (en particular la visión, la audición y el gusto), del humor o de la función mental. Otros síntomas de la epilepsia, son mareos, dificultad para hablar, sensación de desconexión con el entorno, rigidez muscular, convulsiones, entre otros. En relación a este último término, convulsión, debemos tener en cuenta que hace referencia a accesos de movimientos musculares involuntarios, más o menos violentos, generalizados, con pérdida de la conciencia.

6. Clasificación:

Como anteriormente se expuso, las crisis epilépticas fundamentalmente consisten en una descarga anormal, excesiva y sincrónica de un grupo de neuronas. De acuerdo al modo en

el que se produce esta descarga veremos que el autor Asconapé (2003) describe **2 tipos** de crisis epilépticas que detallaremos a continuación:

- **Crisis Parciales o Focales:** Aquí la descarga se origina en un grupo más o menos localizado de neuronas, en un hemisferio cerebral, conocido esto como foco epiléptico o zona epileptógena.
- **Crisis Generalizadas:** Por el contrario en este tipo de crisis se da una activación simultánea y sincrónica de ambos hemisferios.

Teniendo en cuenta la gran cantidad de clasificaciones, solo tomaremos la que encontramos descrita por el autor antes mencionado. Veamos ahora las características de cada uno.

A- Crisis Parciales o Focales:

Teniendo en cuenta la descripción presentada por el autor J. Asconapé (2003) diremos que las manifestaciones clínicas que presentan este tipo de crisis, son muy variadas y se determinarán principalmente por la localización de la zona epileptógena, pero además por el grado y dirección de la propagación de la descarga eléctrica hacia otras zonas. Los síntomas que se presentan al inicio de estas crisis, son el mayor valor localizador ya que indican por lo general la ubicación de la zona epileptógena.

La descarga epiléptica puede permanecer relativamente localizada en la zona de origen o puede presentar distintos grados de propagación. Lo importante a destacar es que cuando la descarga epiléptica se mantiene localizada en un hemisferio cerebral, el nivel de conciencia **no** se altera. Pero, si por el contrario, la descarga afecta a ambos hemisferios, en especial a estructuras del sistema límbico, se produce una alteración o pérdida de la conciencia y en consecuencia aparecen conductas primitivas llamadas *automatismos*. Este tipo de crisis parciales pueden evolucionar a una convulsión generalizada. (Asconapé, 2003)

Según la clasificación internacional a la que recurre el autor de referencia, las crisis parciales se dividen en 2. La distinción entre ellas principalmente se basa en el nivel de

conciencia durante la crisis. Entonces si la conciencia esta alterada ya sea en forma parcial o completa, la crisis es Parcial Compleja, pero si la conciencia no se altera, es Parcial simple.

- **Crisis Parciales Simples**
- **Crisis Parciales Complejas**

Estos dos tipos de crisis se subdividen, dice J. Asconapé (2003). Así por ejemplo encontraremos que el primer tipo, se subdivide en 5 subtipos de Crisis Parciales. Ahora pasaremos a detallarlas teniendo en cuenta siempre lo descripto por este autor.

A-1 Crisis Parciales Simples:

De acuerdo a la localización en la que ocurran, estas crisis pueden presentar *sintomatología* de tipo:

- I. Motora**
- II. Somatosensitiva**
- III. De los sentidos especiales**
- IV. Autonómico**
- V. Psíquica**

A-1-I: Las crisis parciales con *sintomatología motora* pueden afectar cualquier zona corporal, pero por lo general afectan zonas con representación cortical extensa como son por ejemplo los músculos faciales o la porción distal de las extremidades.

Esta actividad motora puede manifestarse en la forma de: movimientos clónicos, tónicos, posturas, o actividad fonatoria. Cuando hablamos de *movimientos clónicos* hacemos referencia a sacudidas irregulares, arrítmicas o semirrítmicas. Pueden permanecer localizadas en una zona del cuerpo, o pueden avanzar a zonas corticales vecinas. Estas crisis parciales simples motoras de tipo clónicas se originan generalmente en la corteza sensoriomotora.

Por otro lado la *actividad tónica* resulta de una contractura muscular sostenida de grupos agonistas y antagonistas. Lo cual resulta en distintas posturas forzadas de las extremidades afectadas sin sacudidas. Cuando esta actividad tónica se hace presente, vemos que afecta extensas zonas corporales, y el sujeto puede presentar diferentes *posturas*. Dichas *crisis posturales* sugieren que las crisis se originan o afectan extensas zonas de la región prefrontal.

Por ultimo cuando se hacen presentes las crisis parciales con sintomatología motora que se manifiesta con *actividad fonatoria*, debemos tener en cuenta que el compromiso del área motora primaria o el área motora suplementaria pueden producir vocalización prolongada y repetitiva.

A-1-II: La *sintomatología Somatosensitiva* puede presentar una gran variedad de sensaciones subjetivas. Las que afectan el *área sensitiva primaria* (posrolándica) producen parestesias, hormigueos, cosquilleos, sensaciones eléctricas, de frío o calor en el lado opuesto del cuerpo. Cuando el compromiso es el *área sensitiva secundaria* puede producir sensaciones corporales bilaterales o incluso ipsilaterales.

A-1-III: La sintomatología referida a los *Sentidos Especiales*, por ejemplo: las que se originan en la *corteza visual primaria* del lóbulo occipital consisten en alucinaciones o ilusiones poco estructuradas, como luces de colores, discos luminosos, destellos, también se puede dar pérdida de la visión. Cuando se afectan *áreas visuales secundarias* se observan alucinaciones visuales estructuradas a veces bien complejas, distorsiones visuales como micropsia, macropsia, metamorfopsia, que es el cambio en la forma de los objetos. Cuando se afecta el *área auditiva* se observan acufenos, zumbidos o distorsión de los sonidos. Por último las crisis con *síntomas olfatorios* son raras, pero cuando se dan, por lo general se trata de olores desagradables.

A-1-IV: Cuando las crisis parciales presentan *sintomatología Autonómica* vemos que es frecuente, pero rara vez se presenta en forma aislada. Los síntomas autonómicos se generan en estructuras límbicas (en especial la amígdala) e hipotalámicas. Los síntomas más comunes son sensaciones epigástricas, midriasis, rubor, palidez, piloerección, sudoración, arritmias cardíacas, urgencia urinaria, sensaciones genitales u orgasmos.

A-1-V: Cuando aparece una *Sintomatología Psíquica*, observamos que la mayoría de ellas ocurre en el contexto de una crisis parcial compleja, pero en ocasiones puede observarse sin alteración de conciencia. La mayoría de las crisis se originan en el lóbulo temporal. Estas crisis psíquicas pueden presentar síntomas *Difásicos* cuando afectan el hemisferio dominante,

síntomas *Dismnésicos*, los que incluyen sensaciones de familiaridad inapropiada o fenómeno de déjà vu, o por el contrario sensaciones de extrañeza ante situaciones familiares conocido como jamais vu. Distorsión de memorias del pasado o memoria panorámica, que es cuando el sujeto experimenta la recolección de largos periodos de su vida en cuestión de segundos, sensación de inserción forzada de un pensamiento o idea. Las alteraciones de tipo cognitivo incluyen estados crepusculares, sensaciones de irrealidad, despersonalización o de estar en un sueño. Los síntomas afectivos que pueden presentarse son sumamente comunes e incluyen sensaciones de miedo, furia, depresión o vergüenza. También pueden darse alucinaciones o ilusiones multisensoriales de gran complejidad, autoscopia, donde el individuo se ve a sí mismo proyectado fuera de su cuerpo. Todos estos síntomas psíquicos pueden dificultar el diagnóstico diferencial con manifestaciones psiquiátricas, es especial cuadros psicóticos con alucinaciones.

A-2 Crisis Parciales Complejas:

Son las más frecuentes, dice J. Asconapé (2003) y representan el 36 % de todos los tipos de crisis epilépticas. Cerca del 70 % de las crisis parciales complejas se origina en el lóbulo temporal, 20% en el lóbulo frontal y el 10% restante se origina en los lóbulos parietal y occipital.

La *crisis parcial compleja temporal* típica comienza con una sensación epigástrica difícil de describir, seguida rápidamente por una alteración de la conciencia. El sujeto presenta fijeza en la mirada, midriasis y retracción palpebral. Aquí el sujeto presenta una total falta de respuesta a estímulos externos y permanece inmóvil. Luego de varios segundos se observan automatismos de tipo oroalimentario como masticación, chupeteo, deglución, etc. Las crisis por lo general duran entre 30 segundos y 2 minutos luego de lo cual, el paciente comienza a recuperarse en forma gradual. Esto es seguido por un periodo de confusión y desorientación de duración variable.

Las *crisis parciales complejas de origen frontal* pueden ser difíciles de diferenciar de las crisis temporales. Sin embargo, sabemos que el origen es el lóbulo frontal, cuando se da un comienzo y terminación brusca, una duración breve de la crisis, una frecuencia alta, especialmente nocturna, presencia de fenómenos motores extraños, como posturas tipo

karate, pataleo, pedaleo o movimientos pélvicos, y un estado posictal muy breve, casi inexistente.

B- Crisis Generalizadas:

Como se mencionó anteriormente, este tipo de crisis está caracterizada por presentar una activación simultánea y sincrónica de ambos hemisferios. Este tipo de crisis, según J. Asconapé (2003), se subdivide en 5 tipos, que detallaremos a continuación.

B-1: Ausencias:

Se caracterizan por alteraciones breves de conciencia, de comienzo y terminación súbita, sin confusión posictal.

Durante el desarrollo de ésta, la actividad se interrumpe y el sujeto tiene una mirada perdida por unos segundos. Es frecuente la aparición de movimientos clónicos sutiles como parpadeo rítmico y clonias faciales, así como también aparecen automatismos simples de tipo oroalimentario. La duración promedio de las ausencias es de 10 segundos.

Tanto en las ausencias, como en las crisis parciales complejas, los pacientes presentan una alteración en el estado de conciencia y fijeza en la mirada, y debido a que ambas responden a medicamentos antiepilépticos diferentes, es muy importante realizar un diagnóstico diferencial. Para esto veamos las diferencias que existen entre ambas, según el autor de referencia:

	Ausencias	Crisis Parciales Complejas
Aura	NO	Frecuente
Duración	5-30 segundos	1-3 minutos
Estado Posictal	NO	SI
Precipitadas por hiperventilación	SI	Raramente
EEG	Punta-onda generalizada	Ondas agudas temporales

B-2: Crisis mioclónicas:

Estas crisis consisten en sacudidas musculares súbitas, breves, y arrítmicas. Por lo general se afectan principalmente zonas como el cuello y las extremidades superiores, pero pueden afectar los miembros inferiores o en forma masiva todo el cuerpo. Las sacudidas musculares pueden ser leves, graves, simétricas o asimétricas. La duración de la mioclonía es tan breve que la conciencia **no** se altera y el sujeto es consciente de todo lo que sucede.

B-3: Crisis Generalizadas Tónico- Clónicas:

Estas constituyen la máxima expresión del fenómeno epiléptico. Por lo general comienzan con una súbita pérdida de conciencia y una rigidez generalizada. Esto es la llamada *Fase Tónica*. El sujeto cae al piso con una contractura generalizada en extensión, con retroversión ocular y midriasis intensa. Debido a esta contractura tónica, se produce una parálisis de los músculos respiratorios, lo que lleva a una cianosis periférica progresiva. Esta fase tónica dura por lo general entre 10 y 30 segundos.

En forma gradual comienzan a observarse sacudidas generalizadas, simétricas de tipo clónico, dando comienzo a la *Fase Clónica*. En el inicio, se observa un temblor rápido que se superpone a la rigidez muscular de la fase anterior. A medida que la crisis progresa, los movimientos clónicos se vuelven más marcados y la rigidez tónica da paso a una atonía profunda. Las clonías gradualmente se tornan menos frecuentes hasta que cesan de forma más o menos brusca. Esta fase clónica dura entre 30-60 segundos, y es seguida por un coma profundo (periodo posictal).

Durante el desarrollo de esta crisis, es común la mordedura de la lengua en la fase tónica, mientras que la incontinencia urinaria se produce al comienzo del periodo posictal. Así mismo son frecuentes, luego de estas crisis tónico-clónicas, una intensa cefalea y mialgias.

Es importante aquí aclarar que estas crisis pueden ser *Primariamente generalizadas*, o resultar de un proceso de *Generalización Secundaria* a partir de una crisis parcial o focal. Ambos tipos de crisis son idénticas una vez que la generalización se ha producido. La distinción es difícil pero importante. La presencia de un aura o síntomas focales al comienzo de la crisis, sugiere una crisis parcial secundariamente generalizada. Sin embargo muchas veces el foco epiléptico se encuentra en una zona cerebral muda o la generalización se produce de manera tan rápida que la crisis aparenta ser primariamente generalizada. Las crisis primariamente generalizadas suelen estar precedidas por crisis mioclónicas.

B-4: Crisis Tónicas:

Consisten en una contractura generalizada sostenida más o menos simétrica, de comienzo brusco. La duración promedio es de 10 segundos, pero pueden durar hasta 1 minuto. La intensidad es variable, desde una mínima contractura apenas perceptible, hasta violentos espasmos musculares. Durante estas crisis, a veces la conciencia esta alterada.

En cuanto a la semiología ictal, vemos que varía de acuerdo a los músculos afectados. Se observa por ejemplo un espasmo facial, con apertura ocular, flexión o extensión del cuello y contracción de los músculos paraespinales o abdominales. Cuando se afectan los músculos de las extremidades, se produce abducción de los hombros con semiflexión de los codos. Estas crisis tienen un predominio nocturno y una alta frecuencia.

B-5: Crisis Atónicas:

Estas crisis, resultan de una brusca pérdida del tono postural. La duración de ellas oscila entre 1 y 5 segundos. Si es severa, el paciente cae al piso pesadamente, si por el contrario son más leves, aparece un cabeceo típico en donde el sujeto puede dejar caer al piso un objeto que tenía en las manos, o las rodillas pueden aflojarse.

En cuanto al estado de conciencia, vemos que es difícil evaluarlo, debido a la brevedad de las crisis, sin embargo por lo general no suele alterarse, y la recuperación es rápida, sin un estado posictal.

7- Diagnóstico:

Para poder establecer el diagnóstico de Epilepsia, el autor J. Asconapé (2003), nos explica que el sujeto debe presentar 2 o más crisis a lo largo del tiempo. Es decir que varias crisis en unas horas, no implican que se trate de epilepsia, debido a que no constituyen un proceso crónico, como ya se ha mencionado anteriormente.

Un buen diagnóstico es posible gracias a una Historia Clínica minuciosa. Esto es así dado que, como por lo general el médico no puede observar las crisis epilépticas, deberá basarse en la descripción detallada que realice el paciente y los testigos. Sin embargo, aclaran Henry Ey y sus colaboradores en el texto Tratado de Psiquiatría, que si se presentara cualquier grado de dificultad a la hora de realizar el diagnóstico clínico, se deberá llevar a cabo una cuidadosa valoración de 3 aspectos importantes que detallaremos a continuación: *aspectos neurológico, eléctrico y psicosocial*. (Ey et al., 1980)

En cuanto a la valoración neurológica, los autores se refieren a la exploración de lesiones cerebrales y de ciertas perturbaciones generales, como pueden ser las epilepsias metabólicas. Dentro de estas, la más importante es la de la hipoglucemia, en las que pueden aparecer convulsiones con glucemias inferiores a 0,5-0,3 g/l, precedidas y acompañadas por otros signos de hipoglucemia: sudores, palidez, taquicardia, midriasis y elevación de la presión arterial. Por otro lado, al realizar el análisis neurológico también es importante ejecutar una investigación acerca de la posibilidad de la presencia de un tumor, o de un traumatismo craneal, que hayan producido heridas craneocerebrales, fracturas o cicatrices que pudieran estar ocasionando las crisis epilépticas. (Ey et al., 1980)

Otro de los puntos a evaluar que plantea Henry Ey y cols. (1980), es el funcionamiento eléctrico, y para esto será necesario recurrir a un Electroencefalograma (EEG). En relación a esto, los autores dicen que nunca debemos olvidar que en las condiciones habituales, la descarga neurónica específica, aparece solo en una tercera parte de los epilépticos durante un registro de 20 minutos. Es decir que los exámenes deberán ser repetidos, activados por los

procedimientos clásicos (hiperpnea, estimulación luminosa) inducidos por el sueño, lo que podrá hacerse en un medio hospitalario.

Por último, lo que plantean estos autores, es realizar una valoración psicosocial en la que se intentará determinar la situación del sujeto y de su medio ambiente con respecto a la enfermedad. Para esto, debemos tener en cuenta que, cuando la epilepsia se remonta a la infancia, es casi imposible que el grupo familiar no haya desarrollado frente a la enfermedad una serie de conductas dominadas por la ansiedad y hasta por la culpabilidad imaginaria incluso. De ahí provienen frecuentes actitudes de sobreprotección de los padres. Estas diversas actitudes abocan en una inmadurez afectiva, que a su vez genera dificultades en el carácter y en la educación. (Ey et al., 1980)

Ahora bien, según H. Gastaut y R. Broughton (1974) para realizar el diagnóstico de epilepsia existen 5 grupos de datos: el clínico, el electroencefalográfico, el radiológico, el bioquímico y el psicológico. Los dos primeros son necesarios siempre, mientras que los 3 restantes se reservan para casos especiales. Pasaremos a detallar en qué consisten cada uno de estos grupos:

A- Datos Clínicos: La historia clínica aporta mucho a la hora de diagnosticar, y es por eso que se debe atribuir un espacio para realizar un buen interrogatorio al propio paciente, incluido un niño que ya habla. En este interrogatorio se debe obtener la sintomatología detalladamente. En esta área se investigan manifestaciones subjetivas de las que sólo el mismo paciente puede percatarse, tales como sensaciones del cuerpo, sentimientos de extrañeza, ver u oír cosas que no existen, cambios del estado de ánimo, etc. Además de esto, y debido a la pérdida del estado de conciencia, es indispensable la información que brinde un testigo, no necesariamente un familiar, quien habiendo visto lo sucedido, podrá describir los cambios que el paciente presenta mientras sufre la crisis, como caída súbita, sacudidas musculares mioclónicas, aumento del tono muscular, cianosis (ponerse morado) o palidez, dificultad respiratoria, etc.

Es importante para el diagnóstico también poder registrar en la historia clínica, la frecuencia de las crisis así como también su duración. Así mismo se debe aclarar si existe algún predominio de las crisis en ciertas horas del día, si son durante el sueño, o el ciclo menstrual o su asociación con diversas circunstancias tales como ayuno, desvelo, deprivación de alcohol, tensión emocional, etc. Para complementar la información en la historia clínica, es relevante Interrogar si hay otros familiares con crisis epilépticas (epilepsias hereditarias), antecedentes

del embarazo y condiciones al nacimiento, desarrollo psicomotor o neurológico, enfermedades neurológicas en la infancia, trauma craneoencefálico (golpes fuertes en la cabeza).

Luego de realizar la historia clínica, los autores mencionados explican que dentro de este grupo debe realizarse además una exploración clínica minuciosa.

B- Datos Electroencefalográficos: Cuando es positivo éste, aporta la evidencia de una descarga neuronal hipersincrónica de un tipo específico para la forma de epilepsia que presenta el enfermo. Esto sucede solo en un tercio de los pacientes. En los restantes sujetos puede provocarse la aparición de una descarga mediante los diferentes métodos de activación (hiperventilación, estimulación luminosa, sueño, fármacos convulsionantes, etc.)

C- Datos Radiológicos: Estos solo se realizan en los casos de epilepsia orgánica conocida o sospechada. Por definición, los autores nos aclaran que las epilepsias no orgánicas, hereditarias o metabólicas, se presentan en individuos sin lesiones cerebrales, por consiguiente si se realizan estos estudios radiológicos, serían normales. En realidad los estudios radiológicos son estrictamente necesarios cuando se debe comprobar y localizar la lesión para aplicar un tratamiento quirúrgico.

D- Datos biológicos de laboratorio: Estas pruebas pueden ayudarnos a obtener un diagnóstico etiológico. En niños recién nacidos, estos estudios pueden demostrarnos el origen metabólico de algunas convulsiones. Se deben medir los electrolitos del suero y la prueba de la tolerancia al triptófano para descubrir una hipocalcemia o una dependencia de piridoxina.

E- Datos psicológicos: El examen psicológico detallado solo es necesario, según estos autores, en los enfermos que presentan deficiencia mental o problemas de conducta (relacionados con su epilepsia o con las circunstancias de su medio social).

Una vez que ha sido diagnosticada la epilepsia, el paso siguiente es identificar el tipo de epilepsia de que se trata y si ésta corresponde al grupo de las epilepsias sintomáticas. Sin embargo debemos recordar que en muchos casos, la causa no se puede identificar (epilepsia idiopática) o se trata de una enfermedad que desapareció o no es progresiva pero que dejó la epilepsia como secuela. Será justamente en estos casos en los que se deberá realizar un diagnóstico diferencial.

7- A: Diagnóstico Diferencial:

Según Neurowikia, las crisis epilépticas con relativa frecuencia nos plantean la necesidad de establecer un diagnóstico diferencial con fenómenos paroxísticos no epilépticos, por la gran similitud que presentan estos en los signos y síntomas. En relación a esto, diremos que los fenómenos paroxísticos se caracterizan por su aparición brusca, breve duración y curso recurrente.

Para poder realizar un correcto diagnóstico diferencial es importante reconocer las características clínicas de estos fenómenos no epilépticos, para así también poder realizar un adecuado enfoque diagnóstico y terapéutico, aclara Neurowikia.

Los fenómenos clínicos paroxísticos más conocidos que a menudo plantean la necesidad de un diagnóstico diferencial con la epilepsia son cuadros tales como: convulsiones febriles, espasmos de sollozo, ataques sincopales. A continuación veremos que implican estos diferentes cuadros:

A.1: Convulsiones febriles: Según J. de Ajuriaguerra (2001) estas son las convulsiones ocasionales infantiles más frecuentes. No comienzan casi nunca antes de los 6 meses, presentándose en su máxima frecuencia entre los 12 y los 24 meses. En la mayoría de los casos se desencadenan a consecuencia de fiebre de origen infeccioso. Tienen tendencia a repetirse, cada vez que se reproduzca la causa provocadora, hasta que la maduración de los mecanismos cerebrales posibiliten su desaparición.

A.2: El espasmo del sollozo es relativamente frecuente en la población infantil (5%). Según Neurowikia se da generalmente entre los 6 meses y 5 años. Vemos que lo que sucede es que el niño contiene la respiración y pierden la conciencia. Lo que ocurre es que en el curso de un acceso de llanto súbito, después de una espiración prolongada, el niño entra en apnea, presenta cianosis facial, y aunque en la mayoría de las ocasiones rompe a llorar de nuevo, es posible que pierda el conocimiento, presente hipotonía, e incluso hipertonía y sacudidas breves. La duración del episodio es breve, desde segundos a 1 o 2 minutos, y la recuperación es espontánea e inmediata, sin confusión posterior.

Por otro lado vemos que J. de Ajuriaguerra (2001) en su libro comenta que el autor H. Gastaut distingue 2 variedades: La primera es el espasmo del sollozo incoercible, que puede generar en el lactante y en el niño pequeño (de 1 a 4 años) obnubilación de la conciencia. Puede llegar a una pérdida completa de la conciencia con relajamiento muscular o ligeros espasmos tónicos en extensión. En este caso la pérdida de conciencia está asociada a una asfixia provocada por la bradipnea jadeante. El segundo tipo es el Espasmo de la respiración cortada, que sucede después de una emoción violenta (reprimenda, bofetada, dolor). Aquí vemos que el niño lanza un grito prolongado en el curso del cual bloquea su respiración en un lapso largo (de 5 a 20 segundos) mientras se observa cianosis del rostro.

A.3 Según Neurowikia cuando se trata de Síncopes, vemos que se dan pérdidas transitorias y breves de conciencia y del tono postural. Pueden estar mediados neuralmente, o deberse a hipotensión ortostática, causa cardiaca (obstrucción del flujo o arritmias) u otras etiologías (metabólicas, psiquiátricas).

APARTADO II: APORTES DESDE LA PSIQUIATRIA

1. Epilepsia y personalidad epiléptica:

El autor Henri Ey y sus colaboradores (1980) en el libro “Tratado de Psiquiatría” se plantean las preguntas de si el epiléptico posee una personalidad que lo predispone a padecer trastornos mentales durante los intervalos entre crisis y crisis, y si el epiléptico presenta trastornos de personalidad provocados por la misma enfermedad. Frente a esta situación, ellos plantean que es difícil poder identificar si estos trastornos se deben o no a la epilepsia, sobre todo cuando la aparición de la enfermedad se da desde la niñez.

En relación a esto, los mismos autores, refieren que la intuición psiquiátrica de los trastornos psicoafectivos en el epiléptico, ha dado lugar a la elaboración de muchos estudios. Estos han estado orientados por un lado a *mediciones psicométricas*, y por el otro a la *comprensión psicodinámica*. Estas investigaciones conducirán, dicen los autores, al estudio de

los confines de la epilepsia con la neurosis y a un abordaje clínico del epiléptico que podría llamarse psicósomático. (Ey et al., 1980)

En este texto, los autores dividen las investigaciones en los siguientes 3 grupos: estudios psicométricos, estudio del test de Rorschach, y por último los estudios fenomenológicos y psicoanalíticos. Pasaremos a continuación a detallar cada uno:

Dentro del primer grupo, nos encontramos con los Estudios psicométricos. Los autores antes mencionado plantean que, dentro de estos, pueden encontrarse en esta enfermedad, todos los niveles de inteligencia, es decir desde la debilidad mental, hasta la inteligencia superior. En relación a la perseveración, también destacada en el análisis de la epilepsia, sostienen que se encuentra en esta enfermedad una pérdida de rapidez en la adaptación sensorial o motriz, con tendencia al automatismo y al estancamiento. Por último se describe que en esta misma enfermedad, se suelen encontrar también trastornos del lenguaje como lo son el tartamudeo, lentitud, y seseo, como así también aparece una pobreza en el vocabulario. (Ey et al., 1980)

Ya ingresando al segundo grupo planteado por estos autores, nos encontramos con la aplicación del test de Rorschach. Dentro de éste, encontraremos descripta una diferenciación de *2 tipos de personalidad* en los epilépticos. Estas son por un lado el **tipo coartado** que presenta una restricción de la capacidad emocional pero le corresponde una buena adaptación social, sin trastornos del carácter. Este tipo de personalidad sería el correspondiente a los epilépticos idiopáticos. Por el otro lado nos encontramos con el **tipo extratensivo** que estaría caracterizado por una excesiva reactividad emocional y una mala adaptación social. Así mismo en este último tipo, se muestra un mayor riesgo a presentar trastornos mentales. Los autores de referencia sostienen que este tipo extratensivo, correspondería al epiléptico sintomático, es decir al enfermo con un proceso cerebral demostrable. (Ey et al., 1980)

Por último los mismos autores que hemos mencionado describen el tercer grupo, que está representado por los estudios fenomenológicos y psicoanalíticos. Aquí nos encontramos con el uso del Rorschach como instrumento de análisis estructural. La autora que así lo utiliza es F. Minkowska, quién realiza las primeras puntualizaciones acerca de la *epileptoidia*. Sus estudios mostraron que “en la estructura de las formas perceptivas, la epilepsia, introduce una tendencia a un impetuoso movimiento de cohesión y aglutinación, en el que se proyecta la **tendencia glischroide** (del griego: viscoso) del temperamento epiléptico”. (Ey et al., 1980, 306)

En este mismo sentido se analizó el estilo pictórico de Van Gogh. Así mismo Freud estudio la personalidad de Dostoyevski. Pierce Clark y otros psicoanalistas orientaron sus

trabajos en la dirección marcada por Steckel, es decir, el estudio analítico de la afectividad del epiléptico. En relación a esto Ey y sus colaboradores, 1980 sostienen que:

Las crisis representarían una *descarga pulsional masiva*, un orgasmo criminal mediante el cual el sujeto experimentaría una especie de cortocircuito sexual y agresivo, una tormenta homicida y suicida por el que el inconsciente se hundiría simultáneamente en el crimen y el castigo. (p. 307)

Será por esto que Ey y sus colaboradores (1980, 307) plantean que: “la personalidad del epiléptico se carga y se descarga como si fuera una botella de Leyde³”.

En este mismo texto, los autores, de acuerdo a todo lo planteado, realizan el *análisis de la personalidad del epiléptico* de la siguiente manera:

1°. El primer rasgo que llama la atención de los médicos es la *comprensión*. El hombre epiléptico es torpe y pesado, tiene dificultades para pasar de una idea a otra. Su fisonomía y su psicomotricidad tienen una pesada gravedad que excluye por lo tanto, la agilidad, la prontitud y la ligereza. Será por este motivo que, de manera lenta y coartada, su pensamiento viscoso, avanzará con lentitud, tendiendo a perseverar. Todo esto ocasiona que la existencia epiléptica, dicen los autores, gire sobre sí misma, en un lento y concéntrico movimiento, en el que cada acontecimiento en espiral, aumenta la tensión. Cada vez más hermético, el epiléptico aparece a los demás como un personaje “inhibido” “moroso” e “irritable”, mientras que él, en su angustia, se siente a sí mismo como un ser confinado, sometido a una *presión asfixiante*. (Ey et al., 1980)

2°. Por otro lado, los autores de referencia expresan lo que muy bien observó la autora Minkowska, y es que: “el enlentecimiento y la viscosidad conducen a un verdadero estancamiento que acaba por descargarse en forma de reacciones explosivas” (p. 307). Será por esto que los autores dicen que “los parsimoniosos se convierten en excitados” (p. 307). Aquí se plantea que existe una especie de relación de causa a efecto entre los dos polos del carácter epiléptico, y así, *al exceso de tensión sucede un exceso de movimiento*. La crisis ictocomicial aparece entonces, como una *descarga que le satisface*. Los psicoanalistas han considerado incluso, dicen los autores antes mencionados, la satisfacción narcisista de la crisis

³ Es un dispositivo eléctrico realizado en una botella de vidrio que permite almacenar cargas eléctricas. Históricamente fue el primer tipo de condensador eléctrico. Las botellas de Leyde eran utilizadas en demostraciones públicas sobre el poder de la electricidad. En ellas se producían descargas eléctricas capaces de matar ratones y pájaros

de gran mal, hablando a este respecto, de una erotización del cuerpo en su totalidad (Clarck), o de un orgasmo extragenital (Reich). (Ey et al., 1980)

3°. Las descargas incompletas de la tensión de todo el organismo psicosomático que se observan en las crisis graduocomicial acaban por inducir “la tempestad de movimientos” en una *búsqueda de satisfacciones arcaicas*. Será por esto que Ey y sus colaboradores (1980, 307) sostienen que: “el sistema pulsional explota en ruptus furioso y la conciencia más o menos oscura que adquiere el trasfondo pulsional de la humanidad reenvía al epiléptico a las posiciones más aterradoras del Super Yo más exigente”. Por lo tanto los autores dicen que el epiléptico vive en una especie de conjunto que no puede analizar, la antinomia de la condición humana. Así, según la expresión misma de Dostoyevski, se ve conducido de lo alto hacia lo bajo y de lo bajo hacia lo alto. Y, como plantean los autores de referencia, este forcejeo convulsivo se desarrolla como una especie de abrazo sádico del objeto libidinal, inconscientemente investido de las pulsiones primordiales.

4°. Como último ítems, los autores nos plantean que, los rasgos de la personalidad epiléptica son además una *manera de vivir* en relación con diversos procesos orgánicos. Estos procesos tienen como resultado privar al sujeto de la posibilidad de un óptimo desarrollo, tal es el aspecto negativo de los trastornos caracterológicos epilépticos. Dichos procesos no permiten, pues, otra posibilidad que la de una *forma de existencia peculiar*. Este último es el aspecto positivo de la enfermedad. (Ey et al., 1980)

2. El paroxismo epiléptico y la personalidad:

Para poder analizar esto, los autores ya mencionados plantean 4 ítems que desarrollaremos a continuación. (Ey et al., 1980)

A. La crisis “en situación”: Aquí se plantea que numerosos sujetos “sienten venir” la crisis, como si ésta entrañara un valor resolutivo de un cierto estado de tensión. Ello ha permitido que se hable del *valor catártico* de algunas crisis. Siguiendo con este sentido, recordamos que a menudo, las crisis graduocomicial tiene lugar en una situación vivida que actúa de desencadenante de la misma.

B. Factores psicológicos favorecedores: El análisis del contexto emocional de la crisis es muy antiguo, sostienen Ey y sus colaboradores, pues ya Kraepelin y Bratz hablaban de la “Affekt-Epilepsie” en la que una circunstancia determinada actúa de estimulante. Aquí, lo que plantean los autores, es una concepción psicósomática del fenómeno: así el proceso fisiológico siempre idéntico de la propagación de la hipersincronia cerebral viene inducido por una situación cuyos aspectos emocional y afectivos, es más importante que la sensación en sí misma. Nos encontramos aquí, dicen los autores, muy cerca de las situaciones neuróticas.

C. Epilepsia y Neurosis: Desde que se planteó la idea de la Histeroepilepsia, los autores de referencia sostienen que los clínicos y los psicoanalistas, sobre todo, se han interesado por la significación de las crisis convulsivas desde el punto de vista de la economía libidinal. En efecto, estos autores plantean que su relación con la histeria, manifiesta o latente, es tan conocida que puede constituir uno de los polos caracteriales del epiléptico. Siguiendo con este tema, los autores traen a colación a Hendrick, que estudio el aura epiléptica y encontró la siguiente secuencia: movilización de la angustia, bloqueo de la angustia naciente, descarga a través del sistema nervioso central. Al respecto, los autores hacen referencia a Freud cuando estudió a Dostoyevski, ya que allí él señaló el parentesco entre la descarga histérica y la crisis epiléptica, preparada orgánicamente de antemano pero sirviendo al mismo fin.

Siguiendo este mismo lineamiento, Ey y colaboradores mencionan otros autores como P. Clarck, Kardiner y Bartemeir que contribuyeron a esto y plantearon que la represión de las pulsiones sádicas y destructivas era debida a un temor intenso al talión (pena que consiste en hacer sufrir al delincuente un daño igual al que causó).

D- Epilepsia y psicósomática: Aquí, Ey y sus colaboradores en este mismo texto, recuerdan a Freud cuando éste plantea que, en la epilepsia todo sucede como si un mecanismo de descargas anormales impulsivas estuvieran orgánicamente preparado de antemano y para ser puesto en marcha por las condiciones perturbadoras más diversas. Los autores traen esto a colación porque sostienen que, al plantear Freud lo mencionado, se le veía esbozar una concepción psicósomática de la enfermedad. Un sistema fisiológico arcaico se encuentra preparado para responder a conflictos inespecíficos.

APARTADO III: APORTES DESDE EL PSICOANÁLISIS

Si seguimos en la línea de la psicósomática que se expuso anteriormente, nos encontramos con el aporte del autor *Jesús Colás Sanjuan (2001)*, quién plantea que es normal en el niño, que el cuerpo sirva de medio de expresión de ansiedades que su aparato mental no puede afrontar, porque su capacidad de contenerlas y elaborarlas es superada. Es ahí, dice el autor, cuando aparece la necesidad de un entorno contenedor parental y agrega que estos padres son los que sostendrán narcisísticamente al niño, mientras que él desarrolla su propio espacio psíquico. Este autor plantea que, cuando ha existido un déficit en esta relación narcisista, necesaria para el reconocimiento de este niño como sujeto, es cuando aparece como única salida, la expresión de la fantasmática a través del cuerpo. Será por esto que el autor SanJuan (2001, 152) plantea que “en la epilepsia se ha detectado una conflictiva de extrema dependencia con la madre, cuya relación fusional limita la autonomía y la separación”. Además de esto, Sanjuan (2001) agrega que:

En todos los casos he observado una implicación de los padres, cuyas dificultades personales están jugando un papel importante, al interferir en los intentos de elaboración mental del niño, impidiendo por tanto el proceso normal de separación e individuación de este; llegando al extremo de invadir intrusivamente este espacio mental naciente del hijo. (p. 153)

En este mismo texto, Sanjuan (2001) plantea que:

Mi hipótesis es acercarme al cerebro como un órgano soporte de las funciones mentales, que necesita ser investido narcisísticamente por el otro, la madre; y cuyo fracaso en este reconocimiento puede dar lugar a crisis epilépticas muy cercanas a crisis psicóticas, existiendo ansiedades pregenitales relacionadas a la muerte, tanto propia como de otros y que son percibidas tan peligrosas que necesitan ser descargadas en el cuerpo. (p. 149)

Otro aporte a la epilepsia desde el psicoanálisis viene de la mano de *Sándor Ferenczi* quien plantea tras observar centenares de crisis epilépticas, que en ellas se da una regresión a

un estadio organizativo extraordinariamente primitivo en el que todas las explicaciones internas son descargadas por vía motriz de la forma más rápida. (Ferenczi, 1921)

Según este autor, el epiléptico en el curso de su crisis, atraviesa toda una gama de regresiones, desde la situación de omnipotencia infantil, a la de omnipotencia intrauterina. Agrega, además, que el epiléptico podría ser considerado como un tipo humano particular que se caracteriza por la acumulación y la descarga de afectos desagradables de un modo infantil. Este autor dice que, además de esto, el epiléptico puede suspender también la relación con el mundo exterior, la conciencia y huir a una forma de existencia puramente "autística", donde la brecha dolorosa entre el Ego y el mundo exterior aún no se ha producido, dicho de otro modo, la situación intrauterina. (Ferenczi, 1921)

En relación a la personalidad del epiléptico, este autor dice que en estos sujetos encontramos un ser con impulsos particularmente fuertes y con afectos violentos, que consiguen protegerse durante tiempo de las explosiones mediante un rechazo muy riguroso de sus impulsos, y a veces también con ayuda de reacciones reactivas, tales como una gran sumisión o una religiosidad exagerada, pero que periódicamente, al llegar al momento, libera estos impulsos y los deja desencadenarse con una bestial indiferencia hacia los demás, contra el mundo entero o contra su propia persona. Esta descarga afectiva le proporciona entonces un apaciguamiento parecido al sueño, cuyo prototipo es la quietud intrauterina o la muerte. (Ferenczi, 1921)

CAPITULO 2:
RECORRIDO POR CONCEPTOS
FUNDAMENTALES EN LA ENSEÑANZA DE
FREUD

1. Estructuración del aparato psíquico desde Freud:

Para comenzar a introducirnos en la teoría psicoanalítica abordaremos en primer lugar cómo se conforma y cómo funciona el psiquismo, y para esto recorreremos principalmente artículos de Freud tales como Proyecto de Psicología para Neurólogos, La Interpretación de los sueños, Pulsión y Destinos de pulsión, Más allá del principio de placer, La organización Genital Infantil, Tres ensayos de una teoría sexual, entre otros.

Emprenderemos el camino tomando lo que el autor mencionado plantea en su texto Proyecto de Psicología (1950/1988), en el que explica que la actividad neuronal está regida por el *Principio de Inercia*, con el que se enuncia que las neuronas procuran aliviarse de ciertas cantidades de excitación, debido a que el incremento de estas cantidades son experimentadas como displacer, y constituyen una *vivencia de dolor*. Como el aparato psíquico tiende a la inercia, dice el autor, tendrá por consecuencia un afán de descarga, un esfuerzo que se aligera hacia un camino motor, y que conlleva una vivencia de satisfacción. Sin embargo esta descarga no provoca la ausencia de cantidades de excitación, ya que la estimulación endógena que reciben también las neuronas hace que permanentemente se reestablezca la tensión.

Esto mismo Freud lo sostuvo y lo amplió en su texto La interpretación de los sueños (1900/2008) en el que explica que el aparato psíquico obedeció primero al afán de mantenerse exento de estímulos, y que es por esta razón que el primer esquema que adopta es el llamado esquema del *aparato reflejo* que le permitía descargar inmediatamente una excitación sensible que les llegaba desde fuera, por medio de las vías motrices. Pero el autor aclara que, este funcionamiento simple no fue suficiente, ya que tuvo que vérselas con el apremio de la vida que perturba en forma de grandes necesidades corporales. Por este motivo la excitación impuesta por la *necesidad interior* buscará un drenaje en la motilidad, pero esta situación no cambiara, es decir no se eliminará la tensión, ya que esta necesidad interna corresponde a una fuerza que actúa continuamente. Entonces solo se provocará un cambio cuando, por ejemplo por el cuidado ajeno, se produzca la experiencia de satisfacción que cancelará el estímulo interno.

Esta falta de eliminación de la tensión interna, experimentada como displacentera, no puede ser modificada por el mismo sujeto ya que, como el mismo autor nos explica en el texto

Proyecto de Psicología (1950/1988), el ser humano nace en un estado de indefensión y desvalimiento motor, que hace que sea imposible sobrevivir solo. Por ello necesita de un Otro que le brinde los primeros cuidados, y que se encargue de la interpretación de sus necesidades para lograr la descarga de la tensión motriz. Dicha descarga, o sea la cancelación del estímulo solo será posible mediante una intervención que elimine por un tiempo en el interior del cuerpo el desprendimiento de Qn, lo que exige una alteración en el mundo exterior (por ejemplo provisión de alimento, acercamiento del objeto sexual, etc.) Esta intervención necesaria, se lograra solo a través de una *acción específica*. Esta acción es la que logra cancelar el estímulo endógeno que generaba la tensión en el niño.

Sin embargo, es importante recalcar aquí, lo que Freud nos advierte en La interpretación de los sueños. Esto es que el organismo humano es al comienzo incapaz de llevar a cabo esta acción específica por sí solo, por lo que sobrevendrá únicamente mediante el auxilio ajeno. Ahora bien, no olvidemos que el auxilio que este otro, encarnado en la madre o aquel que cumpla la función materna, brindará tendrá que ver con las apreciaciones culturales que éste tenga. (Freud, 1900/2008)

1.1: Experiencia de satisfacción y experiencia de dolor:

Debido al estado de desvalimiento e indefensión en el que llegamos al mundo, es indispensable, como ya se mencionó, la articulación con un Otro. Sera a partir de este encuentro que se posibilitará la aparición de la mencionada acción específica que nos brindará ese otro, permitiendo a través de ella, que algo se calme. Esta sensación de calma que se produce gracias a la cancelación del estímulo endógeno, le genera cierto placer al niño, y por lo tanto se inscribirá como una huella en el aparato psíquico. Esa descarga producida por la ayuda de ese Otro, conforma la ***primera experiencia de satisfacción***. Esta experiencia que lo calma es única e irreplicable, siempre vamos a estar buscándola, por la importancia de lo que dejó. Pero es importante aclarar que, a pesar de que algo de lo que el Otro da, permite que algo se satisfaga, siempre quedará un resto sin satisfacer, y esto es así porque no existe un Otro complementario, que nos satisfaga de manera total, sino que hay un otro que interpreta, y al interpretar, no puede interpretarlo todo.

Esta experiencia de satisfacción es la que genera el deseo. Un componente esencial de esta vivencia dice Freud, en la Interpretación de los sueños (1900/2008) es la aparición de una cierta percepción, cuya imagen mnémica queda asociada a la huella que dejó en la memoria, la excitación producida por la necesidad. La próxima vez que esta necesidad sobrevenga merced al enlace así establecido, se suscitará una moción psíquica que querrá investir de nuevo la imagen mnémica de aquella percepción, y producir otra vez la percepción misma, vale decir reestablecer la situación de la satisfacción primera. Una moción de este tipo es lo que llamamos **DESEO**, dice Freud en ese mismo texto. Se busca el encuentro con esa percepción primera enlazada con la satisfacción de la necesidad que dejó un sello, que es lo que se llama identidad perceptiva. Entonces, agrega el autor, el desear culmina en alucinar, ya que ese objeto no estuvo nunca, pero que sin embargo, se sigue buscando.

Este intento de reinvestir aquel objeto perdido para Freud, tiene como consecuencia el paso del Principio de Constancia, que se sostiene por la descarga mediante la acción específica, al Principio de Homeostasis, propio del inconsciente, que tiende no a la satisfacción de la necesidad, sino a la realización de deseo, es decir a la reinvestidura de aquel objeto.

Esta situación en la que por medio del auxilio ajeno del Otro, se satisface solo algo, hace que el aparato psíquico no pueda dejar de desear, porque no todo fue ligado, y así se produce el movimiento de ir en búsqueda de ese objeto perdido. Es decir que la realización del deseo se apoya en la constante búsqueda. Esta búsqueda, tiene la característica de ser alucinatoria ya que ese objeto como dice Freud nunca estuvo y es justamente por esto que tiene como destino el fracaso, ya que es imposible el reencuentro con este objeto de la necesidad. Entonces allí hay un punto de pérdida, ya buscando lo idéntico se encuentra lo diferente y es así como se complejiza el aparato.

Esta pérdida, esto que no llegó y que persiste en su búsqueda de satisfacción, da cuenta de que, al mismo tiempo que acontece una experiencia de satisfacción por lo que si se ligó, y que tiene como resultado el movimiento que lleva a intentar la realización de deseo, aparecerá también como contracara una **experiencia de dolor**. En esta última vemos que aquello que no fue satisfecho por el auxilio ajeno, es decir la excitación que perdura y produce displacer, quedará como huella mnémica, como una imagen-recuerdo del objeto excitador del dolor. Entonces cada vez que esta huella sea investida, el aparato psíquico sentirá displacer y tenderá a la descarga. La reproducción de esta vivencia de dolor será el *afecto*. (Freud, 1950/1988)

Pero quedarse en la alucinación de este objeto no podría ser posible, y es por esto que comenzará, en este aparato psíquico, un nuevo movimiento, que apunta a lograr la identidad de pensamiento regulada por el proceso secundario, donde el pensar sustituye al deseo alucinatorio. A propósito de esto, aclaramos que Freud establece la diferencia entre proceso primario, cuya actividad se dirige a la descarga de excitación para producir la identidad perceptiva y el proceso secundario, que es el que inhibe ese desahogo y apunta a la identidad de pensamiento con esa experiencia.

De estas 2 vivencias de satisfacción y de dolor, quedan restos nos dice Freud en el texto *proyecto de Psicología*, éstos son los afectos y los estados de deseo, como ya se mencionó. Es común en ambos contener una elevación de la tensión Q_n , pero la diferencia es que en el caso de los afectos se produce por el desprendimiento repentino, y en el caso del deseo, por sumación. Así mismo, el autor advierte que del estado de deseo sigue una *atracción* hacia el objeto de deseo, respectivamente su huella mnémica, y 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. Ahora bien, con todo lo dicho, podemos inferir que de la vivencia de satisfacción lo que nos queda es el deseo, y de la vivencia de dolor queda justamente una huella de dolor, un resto, que es la angustia. (Freud, 1950/1988)

Es importante aclarar que luego de haber pasado por la experiencia de satisfacción y de dolor, consecuencias del desvalimiento primordial que implica el establecimiento de una relación con el otro, se produce también un efecto secundario que posibilitará el inicial entendimiento o comunicación entre dos seres humanos.

Como vemos en la formación del aparato psíquico es indispensable la presencia de un Otro que cubra sus necesidades básicas y le permita de este modo poder sobrevivir. Por este motivo el sujeto frente a la falta del Otro, es decir frente a la ausencia de ese Otro que satisfaga sus necesidades, experimentará un displacer traumático.

Podemos sintetizar entonces que por esta indispensable relación con un Otro el niño comienza un movimiento que lo lleva a ubicarse como lo que completa a ese Otro. Sin embargo se produce un desencuentro estructural en esta relación ya que el Otro no puede responder en todo con la acción específica y por lo tanto tampoco podrá calmar todo, y además ese niño tampoco podrá ser lo que completa al Otro.

1.2.: Pulsión:

1.2. A: ¿Qué es la pulsión?:

Ahora, ¿Qué pasa con este resto que queda de lo que no fue ligado, que anteriormente mencionamos? Este resto es lo que queda por fuera del aparato psíquico, siendo la contracara del deseo, y es lo que Freud llamará pulsión. Ésta , será definida en su texto Pulsiones y destinos de pulsión (1915/2012) como “un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma” (p. 117) En el mismo texto, el autor aclara al respecto de la pulsión que: “no actúa como una fuerza de choque momentánea, sino siempre como una fuerza constante” (p. 114). No se puede huir de ella, puesto que no ataca desde afuera, sino desde el interior del cuerpo.

Ahora bien, con este panorama de que no se puede huir de la pulsión por un lado, y por el otro con el hecho de que el sistema es un aparato al que le esta deparada la función de librarse de los estímulos que le llegan, es decir de rebajarlos al nivel mínimo posible, como ya se planteó, nos preguntamos ¿Cómo se las arreglará este primitivo aparato con esta contante fuerza que busca la satisfacción? En relación a esto el autor nos dice que se debe distinguir entre los estímulos pulsionales y otros estímulos fisiológicos que provienen del exterior, debido a que según nos explica en Pulsiones y destinos de pulsión (1915/2012):

Los estímulos exteriores plantean una única tarea, la de sustraerse de ellos, y esto acontece mediante movimientos musculares de los que por ultimo uno alcanza la meta y después, por ser el adecuado al fin, se convierte en disposición heredada. Los estímulos pulsionales que se generan en el interior del organismo no pueden tramitarse mediante ese mecanismo. (p. 116)

Será por lo anteriormente expuesto, que los estímulos pulsionales plantean exigencias mucho más elevadas al sistema nervioso, y lo obligan a renunciar a su propósito ideal de

mantener alejados los estímulos. A partir de esto Freud plantea que son las pulsiones los genuinos motores de los progresos que han llevado al sistema nervioso a su actual nivel de desarrollo. (Freud, 1915/2012)

1.2. B: Esfuerzo, Meta, Objeto, y Fuente:

En relación a la pulsión, Freud en el texto “Pulsiones y destinos de pulsión” (1915/2012) define 4 conceptos fundamentales: esfuerzo, meta, objeto, y fuente. Que detallaremos a continuación:

Por *esfuerzo* se entiende su factor motor, la suma de fuerza, o la medida de exigencia de trabajo que ella representa. Ese carácter esforzante es una propiedad universal de las pulsiones.

La *meta* es, en todos los casos, la satisfacción, que solo puede alcanzarse cancelando el estado de estimulación en la fuente de la pulsión. Pero si bien es cierto que esta meta última permanece invariable para toda pulsión, los caminos que llevan a ella pueden ser diversos, de suerte que para una pulsión se presenten múltiples metas más próximas o intermediarias, que se combinan entre sí o se permutan unas por otras.

El *objeto* de la pulsión es aquello en o por lo cual puede alcanzar su meta. Es lo más variable en la pulsión; no está enlazado originariamente con ella, sino que se le coordina solo a consecuencia de su aptitud para posibilitar la satisfacción. Freud nos aclara que no necesariamente es un objeto ajeno, sino que también puede ser una parte del cuerpo propio. Puede ocurrir que el mismo objeto sirva simultáneamente a la satisfacción de varias pulsiones. Un punto a destacar en relación al objeto es que el establecimiento de un lazo particularmente íntimo de la pulsión con el objeto se le llama *FIJACION*. Esta suele consumarse en periodos muy tempranos del desarrollo y pone término a la movilidad de la pulsión.

La *fuentes* es aquel proceso somático, interior a un órgano o a una parte del cuerpo, cuyo estímulo es representado en la vida anímica por la pulsión. Cuando se habla de la fuente de la pulsión hacemos referencia a la zona erógena.

1.2. C: Tipos de Pulsión:

Ahora nos preguntamos ¿Qué pulsiones pueden establecerse, y cuántas? Frente a esto lo que el autor plantea en su primera teoría es establecer una distinción entre 2 grupos de pulsiones, estas son las pulsiones yoicas o de autoconservación y las pulsiones sexuales. Y nos plantea que con las *pulsiones de autoconservación* se refiere a las necesidades ligadas a las funciones corporales que se precisan para la conservación de la vida, nos dice que su prototipo viene representado por el hambre. A estas pulsiones de autoconservación las llamó pulsiones del yo, y pueden ser satisfechas solo con un objeto real, por lo tanto permiten más rápidamente el paso del principio de placer al principio de realidad, a diferencia de las pulsiones sexuales. Esto es así ya que a estas pulsiones de autoconservación Freud las va a contraponer a las pulsiones sexuales. (Laplanche y Pontalis, 2007).

En relación a las pulsiones sexuales Freud nos dice que son numerosas, y brotan de múltiples fuentes orgánicas. Al comienzo no están unificadas, sino que están fragmentadas en pulsiones parciales que actúan con independencia unas de otras y solo después se reúnen en una síntesis. La meta a la que aspiran es al placer de órgano, ya que se satisfacen localmente, y solo después entraran al servicio de la reproducción. Siempre primero se apuntalan en las pulsiones de conservación, de las que poco a poco se desasen. (Freud, 1915/2012)

Más adelante, el mismo autor en el texto “Más allá del principio de placer” realiza una nueva clasificación de las pulsiones renombrándolas. Así es que nos encontramos que él, en este texto establece por un lado a las *pulsiones de vida* y por el otro a las *pulsiones de muerte*. Las pulsiones de vida serán equiparadas a las pulsiones sexuales de la primera clasificación que planteo Freud. Esto es así ya que en esa primera instancia la pulsión sexual era una fuerza que estaba sometida al principio de placer y era difícilmente educable, ahora se convierte con el nombre de pulsión de vida en una fuerza que tiende a la ligazón, a la constitución y mantenimiento de las unidades vitales. Será por esto que el autor define estas pulsiones sexuales como las genuinas pulsiones de vida, debido a que de continuo aspiran a la renovación de la vida, y la realizan. Frente a esto dice que la libido de estas pulsiones sexuales coincidiría con Eros que todo lo conserva. A diferencia de esto las pulsiones de muerte tienden

a la reducción completa de las tensiones, es decir, a devolver al ser vivo al estado inorgánico. Estas pulsiones son las que anteriormente Freud nombro como pulsiones yoicas o de autoconservación que estaban destinadas a asegurar el camino hacia la muerte, debido a la constante evolución que implican, y que terminan con la existencia del organismo. Y es justamente por esto que se las nombra como pulsiones de muerte. (Freud, 1920/1989)

En los seres pluricelulares la libido sale al encuentro de la pulsión de muerte o de destrucción que domina en ellos y que tiende a desintegrar este organismo y a conducirlo al estado de estabilidad inorgánica. Su misión consiste en volver inofensiva esta pulsión destructora, y se libera de ella derivándola en gran parte hacia el exterior, lo cual se hace pronto con la ayuda de un sistema orgánico particular, la musculatura. Esta pulsión se denomina entonces pulsión destructiva, pulsión de apoderamiento, voluntad de poder. Parte de esta pulsión se pone al servicio de la función sexual, donde desempeña un papel importante. Se trata del sadismo propiamente dicho. Otra parte no sigue este desplazamiento hacia el exterior, sino que persiste en el organismo, donde se halla ligado libidinalmente. En ella debemos reconocer el masoquismo primario erógeno. (Laplanche y Pontalis, 2007).

1.2. D: Mas Allá del Principio de Placer:

Aquí retomamos el texto de Freud llamado “Más allá del principio de placer” (1920/1989) para traer a colación que allí él realiza una apreciación del aparato psíquico a través de 3 aspectos. Estos son el aspecto tópico, dinámico y económico. Haciendo aquí especial referencia al aspecto económico, ya que su interés se centra en preguntarse si existe en el aparato psíquico un imperio del principio de placer.

Frente a esto, en una primera instancia nos dice que el decurso de los procesos anímicos es regulado automáticamente por el principio de placer. Esto significa que se pone en marcha por una tensión displacentera que obtiene por resultado final una disminución de aquella. Es decir que podemos identificar el displacer con un incremento de la cantidad de excitación presente y al placer con una reducción de la misma. (Freud, 1920/1989)

Con lo planteado vemos que el principio de placer se deriva del principio de constancia que sostiene la hipótesis de que el aparato anímico se afana por mantener lo más baja posible o constante la cantidad de excitación. Sin embargo más adelante nos confirma que, si bien

existe una fuerte tendencia al principio de placer, existen también ciertas otras fuerzas que contrarían a este principio. Será por este motivo que, tratando Freud de encontrar cuales son estas situaciones contrarias al placer, comenzará a estudiar qué tipo de mecanismo opera en la repetición de situaciones que nada tienen que ver con el placer, ejemplo de esto son la repetición de sueños traumáticos o repeticiones de situaciones dolorosa llevadas a cabo en el juego infantil. Esta *compulsión de repetición* como dice el autor en este texto, tiene que ver con repetir cosas que provienen de lo reprimido inconsciente. Será a partir de esto entonces que se pregunta ¿cómo se concilia esta repetición de vivencias penosas con el principio de placer? ¿Cómo se concilia el principio de placer con esta compulsión de repetición que solo provoca displacer al yo por sacar a la luz operaciones de mociones pulsionales reprimidas? Frente a esto, Freud nos explica que esto es otra clase de displacer ya que no contradice al principio de placer. Esto es así porque si bien implica displacer para un sistema, al mismo tiempo es satisfacción para el otro. Lo interesante se plantea cuando vemos que además de lo anterior, el autor en el mismo texto sostiene que existen repeticiones que no tienen posibilidad alguna de generar placer, pero que a pesar de todo se las repite. Esto es así porque una *compulsión* esfuerza a ello y esta compulsión de repetición realmente se instaura *más allá del principio de placer*, apareciendo de esta manera como entrelazada en íntima comunidad con la satisfacción pulsional. (Freud, 1920/1989)

En relación al aparato anímico, Freud aquí mismo lo describe como una vesícula indiferenciada y plantea que está protegida por *una barrera antiestímulo* que será lo que regule el ingreso de excitaciones provenientes del mundo exterior. Sin embargo se advierte que esta barrera antiestímulo no puede regular las excitaciones que provienen desde el interior. De este modo las excitaciones de los estratos más profundos se propagan. Como estas excitaciones internas son difíciles de manejar se tendera a tratarlas como si obrasen desde afuera a fin de poder aplicarles el medio defensivo de la protección antiestímulo. Siendo esto el origen de la *proyección*.

Las fuerzas externas que logran perforar la protección antiestímulo serán llamadas traumáticas. Provocando esta situación una perturbación grande en la economía energética del organismo, que logra poner en marcha todos los medios defensivos frente al displacer que todo esto genera, quedando así abolido en este momento el principio de placer. (Freud, 1920/1989)

El autor nos advierte que la fuente más provechosa de esa excitación interna que puja, que se mencionó previamente, son las Pulsiones. Estas mociones que parten de las pulsiones

no pertenecen al proceso nervioso ligado, sino que pertenecen al proceso libremente móvil que esfuerza en pos de la descarga. En otras palabras decimos que las pulsiones pertenecen a la energía que no fue ligada y que quedo por fuera del aparato psíquico, y que constantemente buscan la satisfacción. Ahora podemos ver con todo lo dicho, que esta compulsión de repetición que carece de alguna posibilidad de encontrar placer, presenta en alto grado, un *carácter pulsional*. (Freud, 1920/1989)

1.3: Complejo de Edipo:

Freud se basa en el mito griego de Edipo Rey para poder explicar el conjunto de deseos y sentimientos que son experimentados por todos los sujetos, durante un período de la infancia que va desde los tres a los cinco años de edad aproximadamente. Estos deseos tienen por contenido aspectos tanto amorosos como hostiles y van dirigidos siempre a la pareja parental.

Es importante recordar aquí que si bien en un comienzo, el autor esquematizó el Edipo para el caso del varón, creyendo poder realizar a continuación una simple trasposición de éste al caso de la niña, luego descubrió que en ambos casos se presentan diferencias sustanciales tanto en relación a la introducción en el complejo, como para su fundamento y cancelación. Estas diferencias fundamentalmente se observan en etapas como el primado del falo, y el complejo de castración, ya que en ellas encontraremos una importante diferencia en cuanto a lo que ocasiona en el niño y en la niña.

Ahora bien, para adentrarnos en el complejo de Edipo debemos tener en cuenta que la importancia que tiene el desarrollo de este complejo es que en él, el sujeto puede realizar la elección de un primer objeto de amor. Esto es lo que Freud plantea en su texto *La organización genital infantil* (1923/1989) cuando sostiene que:

(...) ya en la niñez se consuma una elección de objeto como la que hemos supuesto característica de la fase de desarrollo de la pubertad. El conjunto de las aspiraciones sexuales se dirigen a una persona única, y en ella quieren alcanzar su meta. (p. 145)

Como dijimos al principio, si bien existen diferencias en el desarrollo de este complejo en relación a la niña y al niño, existen también aspectos comunes. El primero y más importante elemento común es que, para ambos sexos, el primer objeto sexual, es la madre o quien haya encarnado aquella función materna.

Freud al hablar de elección de objeto sexual en su texto “Tres ensayos de una teoría sexual” nos introduce a la sexualidad infantil y con ella describe un desarrollo de la sexualidad caracterizado por el pasaje de una *organización pregenital a una genital* propiamente dicha. En la fase pregenital, veremos que plantea diferentes pulsiones parciales, como por ejemplo la pulsión oral, anal e incluso las pulsiones de ver, de exhibir y de crueldad, y nos dice que estas buscan una satisfacción autoerótica. (Freud, 1905/1990)

Ahora es importante aclarar que esta concepción de la pulsión entendida como atravesando 3 estadios (oral, anal y genital) que es sostenida por Freud en su texto Tres ensayos de una teoría sexual será modificada y así se producirá un viraje central en la obra Freudiana. Este cambio sostiene que se debe interpolar una fase entre el periodo pregenital y el genital. En esta fase intermedia veremos que tanto para el niño como para la niña cobra importancia un solo genital, el masculino. Es por esto que Freud se refiere a este periodo intermedio como a un estadio de organización fálica. (Freud, 1905/1990)

Así podemos ver que Freud nos advierte una diferencia fundamental entre la sexualidad infantil y la sexualidad adulta, y con ésta menciona un nuevo elemento común entre el niño y la niña. Este nuevo aspecto se refiere a que en la etapa infantil para ambos sexos solo hay predominio de un genital, el masculino. Por lo tanto ese genital adquiere el valor de lo que el psicoanálisis denominó *falo*, debido a que es lo puesto en valor. Es por esta razón que Freud dice, no hay un primado genital, sino un *primado del falo*. (Freud, 1923/1989)

A. El primado del Falo:

Freud marca una diferencia entre el órgano genital masculino y el falo. Este falo determina una lógica regida por una premisa: todos sus semejantes tienen falo, sin distinción de sexo. Como ejemplo de esto podemos citar el caso de Juanito trabajado por Freud en el texto Análisis de la fobia de un niño de cinco años (1909/1990), allí el autor nos muestra que

Juanito afirma a su mamá “pensé que como eres tan grande tendrías un hace-pipi como el de un caballo” (p. 10).

Con el ejemplo que se expuso podríamos ver el notorio desconocimiento de la falta de pene en las niñas, o una renegación de la misma. (Freud, 1923/1989)

Sin embargo esta creencia de los niños y niñas de que solo existe un genital es derrocada cuando por sus investigaciones la realidad les demuestra que no todas las personas tienen pene, es decir que no es un patrimonio común de todos los seres vivos. Ante esto los varoncitos reaccionan desmintiendo la falta de él y creen verlo a pesar de todo, sostienen la creencia de que su pene es pequeño y que pronto crecerá.

Solamente a partir de la observación de los genitales femeninos, en el varoncito por fin se quiebra la incredulidad de que “no es posible perder su genital”. Esta situación vuelve representable la pérdida del propio pene, y de esta manera la amenaza de castración obtiene su efecto con posterioridad (*nachträglich*). (Freud, 1924/1989).

B. Complejo de Castración:

Freud en su texto *La organización genital infantil* (1923/1989) nos explica que cuando los niños/as se enfrentan a la realidad de que no todos poseen pene, y llegan a la conclusión de que estuvo, pero luego fue removido, sucede un hecho trascendental para ambos sexos, determinándolos a cada uno de una manera diferente. Este hecho importante es el entender la realidad como producto de una *castración*. Con su llegada aparecerá el temor, que encuentra su fundamento, en pensar que se puede perder lo que se tiene, y lo que se valora. Esto es lo que el autor llama *complejo de castración*. Aclara que se desarrolla en ambos sexos, pero como se mencionó anteriormente se observan diferencias en su progreso en el niño y en la niña. Así en el texto *El sepultamiento del complejo de Edipo* (1924/1989) explica que en el caso del niño este complejo será definido por el miedo frente a la posibilidad de su consumación, mientras que en la niña se acepta como un hecho que fue consumado.

Como ejemplo de la angustia que se provoca en el niño frente a la observación de la falta de pene en las niñas, podemos tomar una vez más a Juanito. Debido a que mostro cierto desprecio por elementos de color negro, el padre le pregunta a Juanito si había visto algo

negro en su madre que lo hubiera asustado, frente a lo que el niño responde que al haber espiado a su mamá: "Pero al hacer pipi no se lo he visto". Freud (1909/1990, p. 57)

El complejo de Edipo le ofrece al niño dos posibilidades de satisfacción: una activa en la que puede situarse desde una posición masculina, más precisamente desde el lugar del padre y, como él, mantener comercio con la madre, a raíz de lo cual el padre comienza a sentirse como un rival, como un obstáculo. Contraria a esta posición encontramos la satisfacción pasiva, en la que el niño quiso sustituir a la madre y hacerse amar por el padre, con lo cual la madre quedó sobrando. (Freud, 1924/1989)

Ahora bien, la aceptación de la posibilidad de la castración, es decir la intelección de que la mujer es castrada, pondrá fin a las dos posibilidades de satisfacción derivadas del complejo de Edipo. Porque ambas conllevaban a la pérdida del pene. En el caso de la posición masculina, la pérdida se da en calidad de castigo, y la otra, la femenina, como premisa.

Es a partir de esta situación que se plantea la encrucijada entre elegir la satisfacción amorosa, implicando ésta la pérdida del pene, o elegir mantener a salvo este órgano tanpreciado. A partir de esta encrucijada vemos como estalla el conflicto entre el interés narcisista en esta parte del cuerpo y la investidura libidinosa de los objetos parentales. Por lo general en este conflicto triunfa normalmente el primero de esos poderes. Siendo el amor por este órgano en el niño lo que lo aleja del complejo de Edipo y lo lleva a su sepultamiento. Aquí vemos una diferencia fundamental, el complejo de castración, es decir, el temor a la pérdida del pene hace que el niño aleje sus deseos libidinosos de esta madre, y por ende se produce la salida del Edipo, cosa que no sucede igual en el caso de la niña. (Freud, 1924/1989)

La niña a diferencia del varón, no posee pene y por lo tanto no teme perderlo. Esto es porque como ya se mencionó la niña acepta la castración como un hecho consumado. Por tanto la situación es muy diversa en el caso de la niña, ya que su complejo de Edipo recién se inicia a partir del complejo de castración, es por lo tanto una formación secundaria.

Cuando ella observa el genital del varón y lo compara con el de ella, se considera víctima de un perjuicio, y culpa a su madre por haberla traído incompleta. Esta situación se agrava porque la niña no comprende esta falta de pene actual como un carácter sexual, sino que lo explica mediante el supuesto de que una vez poseyó un miembro igual al del varón y que después lo perdió por efecto de la castración. Es en este momento que la niña cae presa de la envidia del pene. Traducido esto como: *la niña ha visto, sabe que no lo tiene y quiere tenerlo.* (Freud, 1924/1989)

Esto mismo es planteado por Freud (1933/1989), en la 33ª Conferencia. La Femenidad:

El descubrimiento de su castración es un punto de viraje en el desarrollo de la niña. De ahí parten tres orientaciones del desarrollo: una lleva a la inhibición sexual o a la neurosis; la siguiente, a la alteración del carácter en el sentido de un complejo de masculinidad, y la tercera, en fin, a la feminidad normal. (p. 117)

Es a partir de toda esta situación que en la niña se inicia el complejo de Edipo. Debido al enojo con su madre por haberla hecho incompleta, la niña cambia el primer objeto de amor. Es decir que tomara ahora al padre como objeto de amor buscando en él, el pene que la madre le ha denegado. Con esto vemos como la niña adquiere una motivación para desasirse de la ligazón-madre. (Freud, 1925/1989)

Pronto este deseo de pene en la niña es sustituido, por medio de una ecuación simbólica, por el deseo de un hijo del padre. Con este panorama vemos que se refuerzan aquí los sentimientos hostiles hacia la madre, debido a que ahora ve en la madre, no sólo a quien la ha traído incompleta al mundo, sino a quien recibe del padre lo que ella anhela.

Con todo lo expuesto vemos que el complejo de Edipo de la niña es posibilitado e introducido por el complejo de castración, porque será este el que la guie hacia el padre.

C. Sepultamiento del Complejo de Edipo:

Ahora nos preguntamos, ¿cómo es el modo en que este sepultamiento acontece? Freud en el texto El sepultamiento del complejo de Edipo (1924/1989) dice al respecto del modo en que esto acontece:

Las investiduras de objeto son resignadas y sustituidas por la identificación. La autoridad del padre, o de ambos progenitores, introyectada en el yo, forma ahí el núcleo del superyó, que toma prestada del padre su severidad, perpetúa la prohibición del incesto y, así, asegura al yo contra el retorno de la investidura libidinosa de objeto. Las aspiraciones libidinosas pertenecientes al complejo de Edipo son en parte desexualizadas y sublimadas, lo cual probablemente acontezca con toda trasposición en identificación, y en parte son inhibidas en su meta y mudadas en mociones tiernas. (p. 184)

Este proceso en su conjunto salva los genitales, es decir alejó de ellos el peligro de la pérdida. Todo esto coincide con el periodo llamado *latencia* en el que se ve una interrupción en el desarrollo sexual del niño. (Freud, 1924/1989)

Como punto final y teniendo en cuenta todo lo que hemos planteado, es importante resumir aquí que en el caso del varón, el complejo de Edipo se ira al fundamento, es decir se sepultará gracias a la *amenaza de castración*, ya que por el miedo a perder ese genital tan valorado, se produce el cambio de objeto de amor, buscando ahora un objeto exogámico.

Sin embargo como mencionamos la niña no posee pene, y por el efecto del complejo de castración vemos que ella acepta la castración como un hecho consumado. Sin embargo dice Freud, la renuncia al pene, no se soportará sin un intento de resarcimiento. Por lo tanto la niña hace uso de la "ecuación simbólica" que mencionamos anteriormente. En esta se observa como la niña se desliza del pene al hijo. Es a partir de esta ecuación que se produce la salida del complejo de Edipo. Aquí la niña culmina en el deseo de recibir como regalo, un hijo del padre, es decir parirle un hijo. Pero debido a que este deseo no se cumple nunca, se cree que el complejo de Edipo es abandonado después poco a poco. (Freud, 1924/1989)

Sin embargo ambos deseos, el de poseer un pene y el de recibir un hijo, permanecen en lo inconsciente, donde se conservan con fuerte investidura y contribuyen a preparar a la niña para su posterior papel sexual. Esta permanencia en lo inconsciente es gracias al efecto de una represión, pero el proceso descrito es más que una represión; Freud nos aclara que equivale, cuando se consuma idealmente, a una destrucción y cancelación del complejo. Cabe suponer que esta es la frontera entre lo normal y lo patológico, porque si el yo no ha logrado efectivamente mucho más que una represión del complejo, este subsistirá inconsciente en el ello y más tarde exteriorizará su efecto patógeno. (Freud, 1924/1989)

2. La epilepsia en la obra de Freud: Texto Dostovyevsky y el parricidio:

Para poder conocer como Freud ha desarrollado y analizado la aparición de la epilepsia, recurriremos al Texto "Dostovyevsky y el parricidio" (1928/1988) y desde allí comenzaremos desglosando los diferentes aspectos analizados por Freud. Comenzaremos

primero conociendo quien era este autor que llamo la atención del autor, para luego ya introducirnos en el análisis de la enfermedad en este sujeto.

2.1: ¿Quién era Dostoievski?

Fiódor Mijailovich Dostoievski; Nacido en Moscú en 1821, y fallecido en San Petersburgo, en 1881. Fue un Novelista ruso muy importante en su época. Fue educado por su padre, quien era un médico de carácter despótico y brutal, por lo que encontró protección y cariño en su madre, quien era vista por sus hijos como un refugio de amor y protección, ella murió prematuramente. Al quedar viudo, el padre se entregó al alcohol, y envió finalmente a su hijo a la Escuela de Ingenieros de San Petersburgo, lo que no impidió que el joven Dostoievski se apasionara por la literatura y empezara a desarrollar sus cualidades de escritor.

Durante toda su carrera literaria Dostoievski padeció una epilepsia que había comenzado durante sus años académicos como estudiante de ingeniería militar. Sin embargo el diagnostico demoro varios años en llegar. Recién en el año 1863 viajó al extranjero con intención de consultar a especialistas.

A pesar de padecer esta larga enfermedad él, la supo incorporar inteligentemente en su obra. Así vemos por ejemplo la inclusión de diversos personajes de sus obras literarias presentados con epilepsia.

2.2: Freud y su texto Dostoievski y el parricidio:

Freud debido a la rica personalidad de Dostoievski y de lo llamativo de su caso y de su enfermedad, dedica el texto "Dostoievski y el parricidio" (1928/1988) para realizar el análisis. En este texto plantea que dentro de la compleja personalidad de Dostoievski se puede distinguir cuatro fachadas: *el literato, el neurótico, el pensador ético y el pecador*.

Al analizar esta personalidad, el autor se detiene primero en el aspecto del *pensador ético* presente en Dostoievski, y nos aclara que si se pretende considerarlo como un hombre ético, no debemos confundirnos con la idea de que solo se alcanza el grado supremo de la eticidad quien ha llegado hasta la pecaminosidad más profunda. Si creemos esto, pasamos por

alto un detalle. Este es que, sólo será considerado ético, quién reacciona ya frente a la tentación interiormente sentida, sin ceder a ella. Pero quien alternativamente peca, y luego, en su arrepentimiento, formula elevados reclamos éticos no ha realizado lo esencial de la eticidad, que es la renuncia. (Freud, 1929/1988)

En el caso de Dostoievski, Freud aclara en el mismo texto que, frente a las más violentas luchas por reconciliar sus exigencias pulsionales con los reclamos de la comunidad humana, recurre, en sentido retrógrado, al sometimiento a la autoridad. Ahí se sitúa el punto débil de esa gran personalidad dice el autor en este texto.

Junto a este sometimiento se menciona en este texto que en Dostoievski encontramos además una gran necesidad de amor y una enorme capacidad de amar, exteriorizada esta en manifestaciones de extrema bondad. Estos rasgos confirmarían según Freud que no se puede considerar a Dostoievski un pecador o criminal ya que al hablar de un perfil criminal hay dos rasgos esenciales que encontraríamos: el egoísmo sin límites y la intensa tendencia destructiva; común a ambos rasgos, y premisa de sus exteriorizaciones, es el desamor, la falta de valoración afectiva de los objetos (humanos). Aspectos no encontrados en Dostoievski. (Freud, 1929/1988)

Sin embargo, Freud advierte en este texto que a pesar de la presencia de estos aspectos de gran amor y bondad que se mencionaron, Dostoievski aparecería sin embargo entre los criminales por la *elección temática* que hace en su aspecto como *creador literario*. Esto es así porque en ese aspecto literario vemos aparecer una variedad de caracteres con rasgos violentos, asesinos, y egoístas. Estas *inclinaciones agresivas* presentes en la obra literaria de Dostoievski son interpretadas por Freud como existentes en el interior mismo del autor en cuestión. Esto es apoyado por algunos elementos fácticos encontrados en su vida, por ejemplo su manía al juego, y acaso también el abuso sexual cometido contra una niña inmadura.

Frente a esta gran contradicción de si es bondadoso o criminal, aparece Freud diciendo que se resuelve inteliendo que la *fortísima pulsión destructiva de Dostoievski*, que fácilmente lo habría convertido en un criminal, en el curso de su vida se dirigió sobre todo hacia su *propia persona* (hacia adentro, en lugar de hacia afuera) y así se expresó como *masoquismo* y *sentimiento de culpa*. Empero, le restaban a su persona sobrados rasgos sádicos, que se exteriorizaban en su irritabilidad, manía martirizadora, intolerancia aun hacia las personas amadas. Es decir que a pesar de tener muchos rasgos masoquistas en algunas pequeñas cosas era bastante sádico. (Freud, 1929/1988)

En síntesis dice Freud en este texto, en Dostoievski encontramos tres factores: la extraordinaria altitud de su afectividad, la disposición pulsional perversa que debía moverlo a ser un sadomasoquista o un delincuente, y el talento artístico, no analizable. Estos se complejizan más, dice Freud en este texto, por la copresencia en Dostoievski de la neurosis.

2.3: Dostoievski y el parricidio: Epilepsia y Neurosis

Siguiendo el análisis de ese mismo texto del año (1928/1988) y focalizándonos ya en la enfermedad del escritor, vemos que en esta época Freud plantea que la neurosis no es más que un signo de que el yo no consiguió una síntesis, de que perdió su unicidad en el intento. Frente a lo que el autor se pregunta ¿cuál será la prueba de la presencia de neurosis en este hombre? Y nos dice que sobre la base de sus graves ataques, acompañados de pérdida de conciencia, convulsiones musculares y la desazón subsiguiente, Dostoievski se calificó de epiléptico, y así fue visto por los demás. Pero además en este punto Freud plantea algo muy importante y es que esta llamada epilepsia en el escritor sólo fuera un síntoma de su neurosis, y que, por tanto, debería clasificarse como histeroepilepsia, vale decir, histeria grave.

Sin llegar a hacer un análisis exhaustivo de la epilepsia el autor menciona en este texto que esta enfermedad se sigue destacando como una aparente unidad clínica, que es conocida como el viejo *morbus saccr*, la ominosa enfermedad con sus impredecibles ataques convulsivos, en apariencia no provocados, su alteración del carácter, que se vuelve irritable y agresivo, y el progresivo desfallecimiento de todas las operaciones intelectuales. Los ataques pueden variar en dos polos, por un lado pueden presentarse brutalmente, con mordedura de la lengua y vaciamiento vesical, repetidos con riesgo mortal en el *status epilepticus*, en cuyo trascurso el paciente mismo se infiere graves daños, o pueden atemperarse y ser sólo ausencias breves, meros estados de vértigo muy pasajeros, pueden sustituirse por cortos períodos en que el enfermo hace cosas que le son ajenas, como bajo el imperio de lo inconsciente. (Freud, 1929/1988)

Según este texto, Freud expresa que si nos guiamos por el aspecto corporal, la génesis primera de esta enfermedad puede deberse a un influjo puramente anímico (terror) o reaccionar en lo sucesivo frente a excitaciones anímicas.

Por ultimo pero no menos importante Freud plantea allí mismo algo muy significativo en relación a esta enfermedad, y es que se puede vislumbrar la identidad del mecanismo de la

descarga pulsional que estaría en su base. Este no puede encontrarse muy lejos de los *procesos sexuales*, que en el fondo son de causación tóxica. Ya los médicos más antiguos llamaban pequeña epilepsia al coito, vale decir que discernían en el acto sexual la aminoración y adaptación de la descarga epiléptica de estímulos.

2.4: Epilepsia al servicio de la Neurosis: epilepsia afectiva en Dostoievski

La «reacción epiléptica», como puede llamarse a este conjunto, se pone sin duda, dice Freud en este mismo texto, también a disposición de la neurosis, cuya esencia *consiste en tramitar por vía somática masas de excitación que ella no puede liquidar psíquicamente*. El ataque epiléptico deviene así un *síntoma de la histeria*, que lo adapta y modifica. Por eso es enteramente correcto distinguir según Freud una ***epilepsia orgánica de una «afectiva»***. (Freud, 1929/1988)

Con el planteo de esta distinción el autor aclara que quien sufre la epilepsia orgánica, es un enfermo del encéfalo, y quien padezca de epilepsia afectiva es un neurótico. En el primer caso, la vida anímica padece de una perturbación de afuera, ajena a ella; en el otro, la perturbación es expresión de la vida anímica misma.

A partir de estas ideas dice Freud que es sumamente probable que la epilepsia de Dostoievski fuera del segundo tipo, es decir afectiva. La hipótesis que sostiene en este texto es que los ataques se remontarían muy atrás en la niñez de Dostoievski, pero primero estuvieron subrogados por síntomas más benignos, cobrando la forma epiléptica sólo después, tras aquella vivencia amedrentadora, que fue el asesinato del padre. (Freud, 1929/1988)

En este punto al autor le llama la atención un dato muy interesante, y este es el inequívoco nexo entre el parricidio de *Los hermanos Karamazov* y el destino del padre de Dostoievski. El abordaje psicoanalítico que se hace sobre el texto mencionado está tentado de discernir en ese suceso, la muerte del padre, el trauma más grave, y en la reacción de Dostoievski, el punto axial de su neurosis.

Siguiendo con esta línea de pensamiento decimos que el sentido de los primeros ataques de Dostoievski en su juventud, mucho antes que emergiera la «epilepsia» tenían una *intencionalidad de muerte*: eran introducidos por una angustia de muerte y consistían en estados de dormir letárgico. Esto se observa en lo que Dostoievski le refiere a su amigo

Soloviov: “como si debiera morir enseguida, y de hecho siguió un estado que se parecía en todo a la muerte efectiva”. (Freud, 1929/1988)

Freud plantea en el mismo texto que el sentido y el propósito de esos ataques de muerte son bien conocidos, *significan una identificación con un muerto*, una persona que efectivamente falleció o que todavía vive y cuya muerte se desea. Este último caso es el más significativo. El ataque tiene así el valor de una punición. Uno ha deseado la muerte de otro, y ahora uno mismo es ese otro y está muerto. En este punto la doctrina psicoanalítica introduce la tesis de que, en el caso de los muchachos, ese otro es por regla general el padre, y el ataque (que se denomina histérico) es entonces un *autocastigo* por haber deseado la muerte del padre odiado. Al respecto de esto Freud en este texto Dostoievski y el parricidio” (1928/1988) explica:

El temprano síntoma de los ataques de muerte puede comprenderse entonces como una identificación-padre del yo, consentida por el superyó a modo de castigo. «Tú has querido matar a tu padre para ser tú mismo el padre. Ahora eres el padre, pero el padre muerto». (p. 183)

Según una conocida concepción, el parricidio es el crimen principal y primordial tanto de la humanidad como del individuo. En todo caso, es la principal fuente del *sentimiento de culpa*. Este sentimiento aparece porque como ya sabemos, la relación del muchacho con el padre es, ambivalente. Es decir junto al odio, que lo lleva a querer eliminar al padre como rival, ha estado presente por lo común cierto grado de ternura. Ahora bien, todo este desarrollo tropieza con un poderoso obstáculo. En cierto momento el niño comprende que el intento de eliminar al padre como rival sería castigado por él mediante la castración. Es así como, por la angustia de castración, vale decir, el interés de la conservación de su virilidad, resigna entonces el deseo de poseer a la madre y de eliminar al padre. Y es este deseo, en la medida en que se conserva en lo inconsciente, el que forma la base del sentimiento de culpa. (Freud, 1929/1988)

Las consecuencias de la represión del odio al padre dentro del complejo de Edipo no se agotan en lo comunicado hasta aquí. Hay algo más, y es que la identificación con el padre se conquista un lugar duradero dentro del yo, es acogida en el yo, pero allí se contrapone al otro contenido del yo, como una instancia particular. A esta instancia Freud la llama superyó, y se le atribuye a ella, la heredera del influjo parental, las más importantes funciones. (Freud, 1929/1988)

De acuerdo a lo que se planteó el autor sostiene en el mismo texto que si el padre fue duro, violento, cruel, entonces el superyó tomara de él esas cualidades y en su relación con el yo vuelve a producirse la pasividad que justamente debía ser reprimida. Por lo tanto vemos aquí que el superyó ha devenido sádico, y el yo deviene masoquista, es decir, en el fondo, femeninamente pasivo. Es así como dentro del yo se genera una gran necesidad de castigo, que halla satisfacción en el maltrato por el superyó debido a la conciencia de culpa.

La relación entre la persona y el objeto padre se ha mudado, conservando su contenido, en una relación entre yo y superyó, es decir que aparece una reescenificación en un nuevo teatro. Tales reacciones infantiles provenientes del complejo de Edipo pueden extinguirse cuando la realidad no les aporta algo más. Pero en el caso del padre de Dostoievski, las cosas no permanecen iguales debido a que su carácter empeora con el tiempo. Asimismo se conserva también el odio de Dostoievski hacia este padre y por lo tanto su deseo de que muera ese padre malo. (Freud, 1929/1988)

Aquí es importante aclarar que es muy peligroso que la realidad cumpla tales deseos reprimidos. La fantasía ha devenido realidad, y entonces son reforzadas todas las medidas de defensa. En lo sucesivo los ataques de Dostoievski cobran carácter epiléptico, y siguen significando la identificación-padre al servicio del castigo.

Ahora nos detenemos un poco para plasmar un dato que llama la atención de Freud, y es que dentro del aura del ataque es vivenciado un momento de **beatitud suprema**, que muy bien puede haber fijado el triunfo y la liberación por la noticia de la muerte de su padre. A este momento los siguió el acto del castigo más cruel. Una sucesión así de triunfo y duelo, festividad y duelo, la hemos colegido también entre los hermanos de la horda primordial que asesinaron al padre, y lo hayamos repetido en la ceremonia del banquete totémico. (Freud, 1929/1988)

Frente a este panorama Freud expresa que si fuera cierto que Dostoievski se vio liberado de ataques epilépticos cuando estuvo en Siberia, ello no haría sino confirmar que sus ataques eran su castigo. Expliquemos esto: No fueron necesarios los ataques epilépticos para castigar, ya que al estar preso era castigado de otro modo.

Sin embargo el mejor testimonio sobre la existencia de esa necesidad de castigo en la economía anímica de Dostoievski, dice Freud, es el hecho de que no lo quebrantaran esos años de miseria y humillaciones. La condena de Dostoievski como criminal político era injusta, él tenía que saberlo, pero aceptó el inmerecido castigo del padrecito Zar como sustituto del

castigo que había merecido por sus pecados hacia el padre real. Entonces en lugar de autocastigarse, se hizo castigar por el subrogado del padre. (Freud, 1929/1988)

Otro ejemplo que encontramos en Dostoievski de su necesidad de autocastigo es su problema con el juego, dice el autor. Esta manía por el juego es probada por el hecho de que este autor nunca descansaba hasta perderlo todo. Mostrándose de esta manera una vez más que el juego era para él también una vía de autocastigo.

CAPITULO 3:
RECORRIDO POR CONCEPTOS
FUNDAMENTALES EN LA ENSEÑANZA DE
LACAN

1. EL SUJETO Y EL OTRO:

1.1: Alienación y separación:

Con lo planteado en el capítulo precedente, hemos ido viendo cómo va estructurándose el psiquismo de un sujeto, ahora el terreno que debemos investigar tiene que ver con cómo este sujeto se encuentra con el Otro, y como desde allí se relacionará.

Para comenzar diremos, como ya se mencionó, que el niño por su prematuración e indefensión, necesita de un Otro, y ese Otro es un *Otro omnipotente*, encarnado habitualmente en la madre, quien será la que calmará sus necesidades. Esto que pudo ser calmado, genera una satisfacción que se inscribirá en el psiquismo como la primera huella de satisfacción, debido a que consistió en una experiencia mítica de satisfacción absoluta, que se transformará en el sujeto en aquello que tratará de alcanzar en el futuro. Pero vemos que ante la imposibilidad de reencontrar ese objeto mítico originario, el sujeto trata de repetir la experiencia dirigiéndose a otros objetos.

Ahora nos preguntamos ¿Quién es ese Otro indispensable en la vida de todo sujeto? Lacan en el seminario XI (1964/2010) nos dice: “el Otro es el lugar donde se sitúa la cadena del significante que rige todo lo que, del sujeto, podrá hacerse presente, es el campo de ese ser viviente donde el sujeto tiene que aparecer” (p.212). Y allí mismo el autor expresa que, por el lado de ese ser viviente, llamado a la subjetividad, se manifiesta esencialmente la pulsión.

En cuanto a la relación del sujeto con el Otro, Lacan en ese mismo seminario destaca que ésta se engendra toda en un proceso de *hiancia*, y advierte que si no fuese por esto, lo tendríamos todo a la mano, es decir que las relaciones entre los seres, podrían generarse en términos de relaciones inversamente recíprocas. Sin embargo la relación entre el sujeto y el Otro han de articularse circularmente: del sujeto llamado al Otro, al sujeto de lo que él mismo vio aparecer en el campo del Otro, del Otro que regresa allí. Este proceso es circular, pero, por naturaleza, sin reciprocidad. Pese a ser circular, es asimétrico. (Lacan, 1964/2010)

- **Primer operación: La alienación**

Si seguimos avanzando por el mismo seminario expuesto arriba, podremos ver que allí el autor sostiene que solo deviene sujeto cuando, a partir de la elección de separarse del Otro, el sujeto puede hacerse falta en el Otro, es decir que se confronte al Otro y pueda preguntarse qué lugar ocupa en el deseo del Otro. Situación que solo podrá ser realizada a partir de la *alienación*. Esta es la primera operación esencial que funda al sujeto, dice el autor en el seminario XI (1964/2010), y consiste en ese vel que condena al sujeto a sólo aparecer en esa división que Lacan ha articulado lo suficiente al decir que si aparece de un lado como *sentido producido por el significante*, del otro aparece como afanisis.

El autor para poder dar cuenta de esta operación, recurrirá a la lógica simbólica, pero primero aclara que es importante diferenciar que hay distintos usos de este vel, por ejemplo está el *vel* exhaustivo: o voy allá o voy allí; si voy allá no voy allí, tengo que escoger. O está el *vel* que plantea: voy a un lado o al otro, da lo mismo, son equivalentes. (Lacan, 1964/2010)

Como bien dijimos anteriormente cuando el psicoanalista francés toma a la lógica simbólica, utiliza de ella la operación denominada *reunión* y nos aclara que cuando se habla de conjuntos, sumar dos colecciones es algo muy distinto de reunirlos. Si tenemos un círculo a la izquierda, que tiene cinco objetos, y tenemos un círculo a la derecha y allí también hay cinco, sumarlos da diez. Pero los objetos pueden pertenecer a ambos círculos. Si dos de los objetos pertenecen a ambos círculos, reunirlos consistirá, en este caso, en no duplicar su número, sino que en la reunión sólo habrá ocho objetos. Lacan ocupa esta operación para indicar que el *vel* que intenta articular se apoya exclusivamente en la forma lógica de la reunión. El *vel de la alienación* se define por una ***elección***, cuyas propiedades depende de que en la reunión, uno de los elementos entrañe que sea cual fuere la elección, su consecuencia sea un *ni lo uno ni lo otro*. La elección consiste en saber que allí, se conserva solo una de las partes, ya que la otra desaparece de todas formas. (Lacan, 1964/2010)

Esta primera e indispensable operación sigue la lógica de la ***elección forzada*** en la que el sujeto debe elegir entre el ***ser o el sentido***. El autor plantea en el seminario al que venimos haciendo referencia, que si elegimos el ser, el sujeto desaparece, se desvanece, cae en el sinsentido, pero si elegimos el sentido, este solo va a subsistir mutilado, cercenado de esa parte de sin sentido, que constituye en la realización del sujeto, el inconsciente. Con esto podemos decir que el sujeto existirá solo a partir de una falta. En otros términos, la índole de este sentido tal como emerge en el campo del Otro es la de ser eclipsado, en gran parte de su

campo, por la desaparición del ser, inducida por la propia función del significante. (Lacan, 1964/2010)

Siguiendo este camino Lacan encuentra también un ejemplo que describe en este seminario XI (1964/2010) de la justificación de esta apelación de *vel* alienante. El ejemplo del que hablamos lo toma de Hegel, quien observa esta primera alienación, esa alienación por la que el hombre emprende el camino hacia la esclavitud. ¡La libertad o la vida! Si elige la libertad, pierde ambas inmediatamente, si elige la vida, tiene una vida amputada de la libertad.

- **Segunda operación: La separación**

Lacan expresa en ese mismo seminario que esta operación lleva a su término la circularidad de la relación del sujeto con el Otro. Pero en ella se demuestra una torsión esencial. Mientras que el primer tiempo se basa en la sub-estructura de la *reunión*, el segundo se basa en la sub-estructura denominada ***intersección o producto***. Se sitúa justamente en esa misma lúnula donde encontrarán la forma de la hiancia, del borde.

Cuando hablamos de intersección de dos conjuntos, veremos que lo que se está diciendo es que está constituido por los elementos que pertenecen a los dos conjuntos. Allí se producirá la segunda operación a la que esta dialéctica conduce al sujeto. Es tan esencial definir esta segunda operación como la primera. Pues en ella vemos asomar el campo de la ***transferencia***. A esta segunda operación Lacan la llama ***separación*** y nos advierte que surge de la superposición de dos faltas. (Lacan, 1964/2010)

El autor nos explica en el seminario al que venimos haciendo referencia, que el sujeto encuentra una falta en el Otro, en la propia intimación que ejerce sobre él, el Otro con su discurso. Es en estos intervalos del discurso del Otro que surge en la experiencia del niño algo, y lo que surge es justamente esta pregunta en relación al Otro: me dice eso, pero *¿pero qué quiere?*

Este intervalo que corta los significantes, que forma parte de la propia estructura del significante, es la guarida de lo que, Lacan ha llamado ***metonimia***. Allí se arrastra, allí se desliza, allí se escabulle, eso que llamamos el ***Deseo***. El sujeto aprehende, agarra, toma el deseo del Otro en lo que no encaja, es decir en las fallas del discurso del Otro, por ejemplo todos los porqué del niño no surgen de una aspiración por la razón de las cosas, sino que más

bien constituyen una puesta a prueba del adulto, un ¿por qué me dices eso? Proveniente esto siempre de lo más hondo que es el enigma del deseo del adulto. (Lacan, 1964/2010)

Esta segunda operación, tendrá lugar cuando el sujeto se encuentre con el deseo y la falta del Otro. De este modo y como se mencionó anteriormente, el sujeto debe hacer una *“elección forzada”*, debe elegir entre el ser y el sentido, y necesariamente habrá una pérdida como resultado. Cuando el sujeto se separa del Otro, se desprende, hay algo que cae, un resto, que denominamos *objeto a*. Este tiene que ver con el vacío, con la falta. Es la falta que nos constituye como sujetos, *“sí y sólo sí”* esta falta existe nos constituimos como tales. Este *objeto a*, tiene que ver con aquello que no puede ser capturado por los significantes ni por lo imaginario, y pertenece al mundo de lo real, porque como aclara Lacan en el seminario XI (1964/2010) no se articula en toda articulación significativa, es pura pérdida.

Este objeto *“a”* es el objeto causa del deseo porque justamente al dejar un resto deja algo inconcluso, algo no llegó (porque existe Otro que interpreta) y por ese motivo el sujeto seguirá buscando con la ilusión de encontrar un objeto que lo colme absolutamente. Es decir que este resto que queda es lo que permite que circule el deseo. Si no fuera así, el deseo quedaría obturado.

Ahora bien, en el mismo seminario, el autor nos dice que para responder a esta captura, el sujeto, responde con la *falta antecedente*, es decir con su *propia desaparición*, que aquí sitúa en el punto de la falta percibida en el Otro. Entonces el *primer objeto* que propone a ese deseo parental cuyo objeto no conoce, es su *propia pérdida* ¿puede perderme? El fantasma de su muerte, de su desaparición, es el primer objeto que el sujeto tiene para poner en juego en esta dialéctica. (Lacan, 1964/2010)

Ahora bien, aquí mismo Lacan dice una falta cubre a la otra. Por tanto, la dialéctica de los objetos del deseo, en la medida en que efectúa la juntura del deseo del sujeto con el deseo del Otro, pasa por lo siguiente: no hay respuesta directa. Una falta generada en el tiempo precedente sirve para responder a la falta suscitada por el tiempo siguiente. Y agrega para dejar bien en claro que los dos elementos de esta nueva y fundamental operación lógica, la separación, son: la no reciprocidad y la torsión en el retorno. (Lacan, 1964/2010)

1.2: Necesidad, Demanda y Deseo:

Como vimos anteriormente el sujeto llega a este mundo en un completo estado de indefensión que le hace imposible poder arreglárselas solo con sus necesidades. Es entonces cuando a través del grito y el llanto el niño intenta expresar sus *necesidades*. En este llanto lo que se ve es una urgencia sin nombre, una llamada, y será justamente ese llanto el que será interpretado por el Otro, es decir le pondrá palabras a ese grito. Frente a esto, este Otro intentará poder calmar el malestar que ocasiono la aparición de la Necesidad.

Así el sujeto en el camino a encontrarse con el objeto que calme su malestar, se encuentra con el Otro y por lo tanto con el *lenguaje* y los significantes. Este lenguaje será el que transformara a esa necesidad en una Demanda, en un pedido a ese Otro. En relación a esto Lacan en su seminario V (1958/2003) plantea que lo que comenzó como necesidad se llamará la demanda, mientras que el significante se cierra en lo que termina, el sentido de la demanda, y constituye el mensaje que evoca al Otro. En relación a esto Diana Rabinovich en su clase N° 5 sostiene que la Demanda es aquello que se puede poner en palabras, aquello que puede ser dicho, aquellos que puede ser, articulado concretamente en el discurso.

Esto es así porque desde sus descargas motrices, hasta su llanto de pura necesidad, adquirirán, por su situación de dependencia simbólica con respecto al Otro Primordial, (la madre en su función), el carácter de demanda, de pedido, o como dice Lacan en su seminario V (1958/2003), acabará como mensaje. Sin embargo el autor en este mismo seminario advierte que no se puede confundir la demanda con la satisfacción de la necesidad, porque el ejercicio de todo significante transforma la manifestación de dicha necesidad, es decir que al ingresar el significante se aporta un mínimo de transformación, lo que hace que lo significado sea algo más allá de la necesidad bruta. En pocas palabras esta necesidad resulta remodelada por el uso del significante, es decir que podríamos decir que el significante solo por su presencia provoca efectos.

En relación a éstos Lacan en sus Escritos 2 (1958/2011) sostiene:

Examinemos pues los efectos de esa presencia. Son en primer lugar los de una desviación de las necesidades del hombre por el hecho de que habla, en el sentido de

que en la medida en que sus necesidades están sujetas a la demanda, retornan a él alienadas. (p. 657)

Ahora bien, ¿cómo esa necesidad pasa a ser una demanda? Ese paso se da porque el grito del niño precisa de un Otro simbólico que lo codifique para que pueda adquirir un sentido. De esta manera ese Otro, a través del uso de los significantes, le otorga un sentido a ese grito de pura necesidad, logrando así interpretar algo de lo que al niño le pasa, y así vemos como la madre por ejemplo dice “el bebé tiene frío, el bebé quiere comer, el bebé tiene sed”, etc. Sin embargo, esto a su vez implica que el sujeto queda a merced de la interpretación que haga ese Otro de su llanto y de su necesidad porque la lectura que cada uno haga del pedido del niño, dependerá de la cultura en la que este Otro se encuentre inmerso.

A partir del surgimiento de la necesidad, este niño va a dirigir su mirada hacia la madre, quien esta encarnando a ese Otro, buscando de esta manera hacerle un llamado ya que se lo considera capaz de satisfacerlo plenamente. Es justamente en esta madre donde el sujeto se encuentra con el significante, es decir más que con la madre, el sujeto se encuentra con el significante en la madre. Se encuentra con el lugar del Otro encarnado por ella.

Ahora bien, con la aparición de este Otro, algo se calma, pero el problema surgirá porque no toda la demanda queda agotada, o satisfecha en ese objeto que calma la necesidad, sino que hay, a su vez, otra demanda que circula y que reclama amor. Esto es observable por ejemplo cuando miramos un bebé, y vemos que aun estando saciado de alimento, sigue chupando. Esto nos muestra que por más que lo alimentemos y calmemos esa necesidad, siempre quedara un resto que hará que ese bebé se muestre insatisfecho y demande otra cosa.

Frente a esto nos preguntamos, ¿Qué es entonces lo que demanda el bebé? A lo que Lacan nos responde en sus Escritos 2 (1958/2011) “La demanda en sí se refiere a otra cosa que a las satisfacciones que reclama. Es demanda de una presencia o de una ausencia” (p. 658). Dice, la demanda es siempre demanda de amor. Es decir que lo que demanda es la presencia de ese Otro a quien el niño está sujetado. Demanda justamente la incondicionalidad del Otro, esto es, a que no esté condicionado por ninguna ley, es decir que pueda satisfacerlo en todo. Tanto es así que inclusive la satisfacción del objeto, quedará en un segundo plano, ya que no es lo importante porque ahora lo que importa es que el Otro esté, o sea es su presencia.

Entonces vemos que la demanda, que lleva implícita la no renuncia al reclamo de la incondicionalidad, implicara la negación de la falta, porque siempre será demanda de amor

incondicional, y el amor es engaño, ya que apunta siempre a ocultar al sujeto como deseante, como alguien que está en falta y que no puede interpretar todo. En relación a esto Diana Rabinovich en su clase N° 5 sostiene que este Otro de la demanda es un Otro que se presenta todavía sin tachar, como completo, y que aparece como no castrado. Será por esto que podríamos decir que la demanda se funda en la creencia de la complementariedad perfecta, según la cual a ninguno de los dos les falta nada e implica la falsa creencia de que si no da, es porque no quiere, no porque no puede, generando un estado de frustración cuando el Otro no está incondicionalmente. Será por esto que Lacan llama a este “Otro de la demanda”, el “Otro de la frustración” ya que implica la ruptura de una promesa, porque el Otro no cumple con lo que esperamos de él, es decir que no cumple con la promesa de una presencia absoluta, de una presencia incondicional, como nos explica Diana Rabinovich en su clase N° 5.

En síntesis, todo lo expuesto podría ser dicho del siguiente modo: la satisfacción del objeto, como objeto de la necesidad, sufre un cambio, a saber, ya NO es lo importante, sino que lo que importa es que el Otro esté. Así al trocar el objeto por la presencia del Otro, da cuenta de la mala o buena voluntad de este Otro. Es un signo de la presencia del Otro y es aquí donde se produce la frustración del amor. Será por esto que Lacan en el seminario IV (1957/1994) nos expresa que el origen de la frustración sólo será concebible como la negación de un don, en la medida en que el don es símbolo del amor.

Sin embargo vemos que frente a cualquier experiencia el niño deberá vivir una desmentida. Esta se da cuando comprueba que es imposible la incondicionalidad absoluta, ya que el Otro falla, más allá de sus intenciones, “falla” porque también es un sujeto en falta, que tiene que vérselas con su propia falta estructural. Por lo tanto el niño se enfrenta con la ausencia del Otro. Y a partir de allí aparecerá en juego el par presencia- ausencia, frente a lo que se pregunta ¿Por qué está y a veces no está?, ¿porque no está siempre? Esa presencia-ausencia denota que la madre puede o no responder a la demanda del niño.

Lo que se posibilita con la introducción de este par es la dimensión del Deseo del Otro y la falta del Otro. Es decir se empieza a traslucir la dimensión de la pregunta por el deseo del Otro. ¿Qué falo desea mi madre? Ya que el intervalo entre la necesidad y la demanda de amor, en ese hueco, se encuentra el deseo. Cuando éste se obtura queda aplastado.

Cuando el niño percibe las ausencias de este Otro al que se lo consideraba completo, deja de ser ese Otro completo, sin fallas y pasa a ser el Otro tachado, barrado que no tiene todo, y que por lo tanto también desea otra cosa.

En síntesis podemos decir que de la confrontación entre la Necesidad y la Demanda, queda un resto que es el **Deseo**. En relación a éste Lacan en sus Escritos 2, específicamente en el capítulo de “La significación del falo” (1958/2011) plantea lo siguiente:

Lo que se encuentra así alienado en las necesidades constituye una Urverdrängung por no poder, por hipótesis, articularse en la demanda, pero que aparece en un retoño, que es lo que se presenta en el hombre como el deseo. (p.657)

Así, el deseo no es ni el apetito de la satisfacción, ni la demanda de amor, sino la diferencia que resulta de la sustracción del primero a la segunda, el fenómeno mismo de su escisión. (p. 658)

Así mismo en sus Escritos 2, específicamente en el capítulo de “La dirección de la cura y los principios de su poder” (1958/2011) plantea lo siguiente:

El deseo es lo que se manifiesta en el intervalo que cava la demanda más acá de ella misma, en la medida en que el sujeto, al articular la cadena significante, trae a luz la carencia de ser con el llamado a recibir el complemento del Otro, si el Otro, lugar de la palabra, es también el lugar de esa carencia. (p. 597)

2. FUNCION PATERNA:

2.1: ¿Que es un padre?

Lacan en su seminario V (1958/2003) al plantear la pregunta de ¿Qué es un padre? abre un aspecto muy importante, ya que al hablar de padre en el Edipo él expresa que se hace alusión a un padre simbólico. Diferencia de esta manera al padre en el Edipo, del padre real en la familia. En relación a esto el mismo autor en el seminario IV (1957/1994) nos dice (...) “desde el primer año en nuestros seminarios aprendimos a distinguir la incidencia paterna en el conflicto, bajo el encabezamiento triple del padre simbólico, el padre imaginario y el padre real” (p. 202).

Con todo lo dicho podemos concluir que para Lacan se comprueba por experiencia que el padre *existe incluso sin estar* porque no hablamos del padre como persona, sino de un padre simbólico. Esta diferenciación de padre real, y padre simbólico fue construida gracias a que él planteo en este seminario que se han visto complejos de Edipo completamente normales incluso en los casos en que el padre no está presente. Lo que nos incita a pensar más que en el padre, en la *función* que cumple este padre en la familia. Por esto es importante tener en cuenta que para desarrollar el concepto de función paterna y comprender la incidencia del padre en el complejo de Edipo, es necesario descentrarse de la persona del padre. (Lacan, 1958/2003)

2.2: Los 3 tiempos del Edipo:

Es importante recordar que al hablar de Edipo en Lacan debemos tener en cuenta una diferencia con respecto a Freud. Esta diferencia es que para Lacan el Edipo es una estructura y como tal lo aborda desde un lugar que está abierto en la estructura familiar inconsciente, lugar que lo espera al niño aún antes de su nacimiento y que se ubica en el discurso familiar.

Lacan en el seminario V (1958/2003) plantea que el Edipo tiene una función normativizante no solo en la estructura moral del sujeto, sino también en sus relaciones con la realidad y en la asunción de su sexo. Asimismo explica en el seminario IV (1957/1994) que el Edipo permite al sujeto poder realizar una elección de objeto. Pero agrega que no basta con eso, sino que además debe ser una elección heterosexual. Conjuntamente nos aclara que el niño o niña debe alcanzar esta heterosexualidad de forma que se sitúe correctamente con respecto a la función del padre. Este es el centro de toda la problemática del Edipo.

Ahora bien, el psicoanalista francés nos recuerda que al analizar el Complejo de Edipo, nos encontramos, en el corazón de este, con la *función paterna* que debe ser evaluada. Es por este motivo que en el seminario V (1958/2003) el autor examina en una primera instancia lo que sucede con esta función paterna en el desarrollo del complejo de Edipo. Comenzará diciéndonos que al principio de este complejo nos encontramos con la figura del padre terrible, que interviene en varios planos. Este padre, de entrada, *prohíbe a la madre*, y ahí es donde es vinculado con la ley primordial de la interdicción del incesto. Es mediante toda su

presencia, por sus efectos en el inconsciente, dice Lacan, como lleva a cabo la privación de la madre, bajo la amenaza de castración.

Lacan dice en ese mismo seminario que la relación entre el niño y el padre está gobernada por el temor a la castración. Este temor tiene que ver con un intento de represalia, que se da dentro de una relación agresiva. Esta agresión parte del niño, porque su objeto privilegiado, la madre, le está prohibido, y va dirigida justamente hacia el padre. Vuelve hacia él por la relación dual que existe, en la medida en que proyecta imaginariamente en el padre intenciones agresivas equivalentes a las suyas, pero que parten de sus propias tendencias agresivas. En conclusión, el temor experimentado ante el padre tiene su centro en el sujeto. (Lacan, 1958/2003)

Como dijimos el padre primero **prohíbe** a la madre, y es en este plano en donde se establece, tanto en el niño como en la niña, aquella rivalidad con el padre, que por sí misma engendra una agresión. Entonces a partir de esta prohibición, vemos como aparece un segundo piso, el de la **frustración**, ya que el padre claramente frustra al niño de su madre. El padre aquí recordemos no interviene como un personaje real, sino como un padre simbólico. Porque por ejemplo aunque el padre no esté ahí presente y solo llame por teléfono, causa el mismo efecto. Esta frustración en la que interviene el padre, es un acto imaginario de un objeto que es real, la madre, y es frustración porque el niño tiene necesidad de esta madre que le es prohibida. Luego de esto, aparece un tercer nivel, que es el de la **privación**. Aquí el padre se hace preferir por la madre. Es esta dimensión la que conducirá a la formación del Ideal del Yo, y en la medida en que el padre se convierta en un objeto preferido por la madre, podrá darse la identificación terminal. Es en este último nivel donde se plantea la diferencia en el efecto del complejo de Edipo en el niño y en la niña. (Lacan, 1958/2003)

En función de lo que acontece durante el progreso del Edipo en relación a las diferentes posiciones que ocupa la función paterna, Lacan organizará *3 tiempos lógicos* que detallaremos a continuación.

- **Primer Tiempo:**

Lacan en el seminario V (1958/2003), plantea que lo que el niño busca, en cuanto deseo de deseo, es poder satisfacer el deseo de su madre, es decir, ser o no ser el objeto del deseo de la madre. En este primer tiempo el sujeto se identifica en espejo con lo que es el objeto del deseo de la madre. Es la etapa fálica primitiva dice Lacan. Para gustarle a la madre,

basta y es suficiente con ser el falo. Esto es lo que produce que el niño se identifique con este falo, y de esta manera se posiciona como el único objeto que puede satisfacer a la madre.

De acuerdo con la forma más o menos satisfactoria en que se realiza el mensaje en la madre, pueden encontrar su fundamento cierto número de trastornos y perturbaciones, que el autor ha calificado de perversas. Estas, al igual que las psicosis, se dan en un periodo preedipico, agrega el autor, ya que se producen dentro de la relación dual con la madre y por lo tanto no incluyen al tercer elemento que es el padre.

En este primer tiempo la instancia paterna se introduce bajo una forma *velada*, o todavía no se ha manifestado, dice Lacan. Es decir que si bien el padre está presente, para el niño aun no ingresa en la dialéctica. Es justamente por este motivo, que la relación entre la madre y el niño puede ser calificada como *fusional*. Esto ocasiona que lo que le llegue a este niño sea el discurso de la madre en bruto. Sin embargo el autor nos aclara allí mismo que es importante no olvidar que si bien se habla de una díada, a nivel imaginario se pueden designar en este primer tiempo tres lugares: el niño, la madre y el falo. Siendo este último, un objeto de intercambio, donde se colman dos deseos. Tanto el niño como su madre buscan satisfacer su propio deseo, la madre encuentra satisfacción en su hijo y al niño le basta con colocarse en el lugar del falo de su madre. Es por este motivo dice Lacan en este mismo seminario, que el niño en este primer tiempo se encuentra ajeno a la castración, ya que él mismo es el falo. (Lacan, 1958/2003)

Si pensamos en esta relación fusional con la madre y en la identificación del niño con el falo, podríamos ver en este primer tiempo una mayor preponderancia del *registro Imaginario* descrito por Lacan. Esto podría ser pensado así, ya que este registro tapa la falta, porque el sujeto se ve unificado y completo, cosa que se daría a partir de la identificación del niño con el falo y del establecimiento de la relación fusional.

Al hablar de este registro vemos que el autor para explicarlo recurre al estadio del espejo para dar cuenta de que en la prematuración en que el infans se encuentra, recurre a un Otro significativo para que le devuelva una imagen unificada. En relación a esto, Rabinovich en su clase N°1 plantea que la experiencia primera de la imagen unificada, una vez que se produce, queda como esa mítica primera vez. Esta tendrá la función de una muleta, por ello Lacan habla al respecto de ortopedia, pero no sólo es una muleta narcisista, es una muleta porque le permite al bebé humano protegerse en cuanto tal del desamparo y la invalidez con la que llega a este mundo. Es decir, esta imagen funciona como una especie de seguro contra el desamparo. Una vez que se constituye es algo que reasegura, que calma, que seda. Esta es

una función que el yo guardará y que tendrá múltiples vicisitudes. Esto será el primer paso para la conformación de yo.

- **Segundo Tiempo:**

En este segundo tiempo se comenzará a ver cuestionada la posición del niño como único objeto que colma el deseo materno. Este es el momento privativo del Edipo, debido a que gira en torno a la aparición del padre como privativo e interdictor.

Lacan dice en el seminario V (1958/2003) que en el plano imaginario el padre interviene realmente como privador de la madre, y esto significa que la demanda dirigida al Otro, es remitida a un tribunal superior. Encontrando de esta manera al interrogar al Otro, el Otro del Otro, es decir que encuentra su propia ley. Así lo que vuelve al niño es pura y simplemente la ley del padre. Esta ley es concebida imaginariamente por el niño como privando a la madre.

Lacan (1958/2003) en relación a este segundo tiempo dice:

Es el estadio, digamos, nodal y negativo, por el cual lo que desprende al sujeto de su identificación lo liga, al mismo tiempo, con la primera aparición de la ley en la forma de este hecho -la madre es dependiente de un objeto que ya no es simplemente el objeto de su deseo, sino un objeto que el otro tiene o no tiene. (p. 198)

Es aquí cuando vemos aparecer una doble interdicción. Por un lado tenemos una dirigida a la madre: “no reintegrarás tu producto” y por el otro una orientada al niño: “no te acostarás con tu madre”. El padre, entonces vemos, como anteriormente se planteó, que efectivamente priva a la madre porque se opone a la posibilidad de que ésta sea colmada por su hijo como único objeto de su deseo. Es esta situación la que hace que el padre sea sentido como objeto rival ante el deseo de la madre.

Aquí el padre se afirma en su presencia privadora, en tanto es quien soporta la ley, y esto ya no se produce de una forma velada como en el tiempo anterior, sino de una forma **mediada** por la madre, que es quien lo establece como quien dicta la ley. En este segundo tiempo aparece el padre como dijimos en un papel omnipotente, privador. Con este padre no puede establecerse pacto alguno, en tanto que es una ley que no incluye a quien la enuncia. (Lacan, 1958/2003)

Con esto podemos destacar un hecho muy importante que plantea Lacan en este segundo tiempo, que es el hecho de que el significante del NP solo podrá ingresar a esta relación cuando así lo permita la madre. Porque será ella quien nombra a este padre como representante de la ley.

Ahora bien, si pensamos que en este tiempo se cuestiona la posición del niño como único objeto que colma a la madre y por lo tanto se cuestiona la relación fusional, vemos que existe un predominio del registro real porque será aquí donde aparece la mayor angustia por la prohibición que implica.

En relación a este **registro Real** Diana Rabinovich en su clase N°1 plantea que en la obra de Lacan Lo real empieza a asomar más claramente a fines del Seminario II, Seminario III, donde aparece no ya como aquello que el psicoanálisis no puede alcanzar porque es un real externo a la palabra, al sujeto de la palabra, etc., sino como aquello que vuelve siempre al mismo lugar. Es por esto que no se debe confundir con la realidad. El autor de referencia apunta a que si algo está siempre en el mismo lugar, ello quiere decir que está fijo y no se mueve. Es ese real inamovible, que hagamos lo que hagamos vuelve. Además, no sólo esta fijo, sino que tiene cierta temporalidad cíclica, que en el caso del inconsciente no remite a ciclos naturales, sino a ciclos determinados por el azar, en los que se vuelve a un punto que, para cada uno de nosotros, retorna, y que no se mueve de cierto lugar. Entonces la aparición de lo real implica la repetición. Esto se observa en que vuelve siempre al mismo lugar.

Al seguir avanzando por los aportes de la Diana Rabinovich, veremos en su clase N°1, un giro en la definición de lo real por Lacan. De este modo veremos el paso que se da desde lo real visto como lo que vuelve siempre al mismo lugar, al real definido como lo imposible lógico. Esta nueva definición, no anula la anterior sino que, aclara la Dra., con ella Lacan está realizando una nueva articulación. Lo real como lo imposible lógico, es pensado como que dentro de un sistema lógico, hay un punto de imposibilidad, punto que no es posible de ser resuelto, que no tiene solución. Es lo que no abarca el lenguaje, porque nunca fue capturado por él. Lacan nos dice es el resto que queda, es el objeto "a".

- **Tercer Tiempo:**

En este tercer y último tiempo se da la salida del complejo de Edipo que en la situación ideal terminará con una identificación del niño con el padre en tanto portador de la ley.

Lacan nos dice en el seminario V (1958/2003) que el padre interviene en este último tiempo como el que tiene el falo y no como el que lo es. Y será gracias a este viraje que se reinstaura la instancia del falo como objeto deseado por la madre, y no ya solamente como objeto del que el padre puede privar.

A diferencia del tiempo anterior, aquí nos encontramos con un padre permisivo y donador, a la vez que también prohíbe, para dar lo que está en juego en la privación fálica. Lacan nos dice en el mismo seminario “El padre puede darle a la madre lo que ella desea, y puede dárselo porque lo tiene” (p. 200). De esta manera, la madre ya no será *dependiente* del padre, sino que en esta etapa, la madre va a *desear* al padre en tanto que es él quien tiene el falo en la realidad.

Si todo sigue en este curso, el niño podrá plantearse entonces “tener o no tenerlo” y es así como puede llegar a identificarse con el padre como aquel que lo tiene. El niño así mismo creerá que, por medio de esta identificación, obtendrá un pene para más tarde. Esta identificación es la que se designa como *Ideal del yo*.

En el caso de la niña, no sucede lo mismo. No se enfrentará con esa identificación, ni conservará este título de virilidad, sino que irá en busca del falo dirigiéndose hacia la persona que ha demostrado tenerlo. En este sentido Lacan plantea lo que Freud formuló como ecuación simbólica pene = hijo, y en el seminario IV (1957/1994) manifiesta “(...) la niña encuentra el pene real allí donde está, más allá, en aquel que puede darle un hijo” (pp. 204-205) Y luego agrega en este mismo seminario:

El padre es para ella de entrada objeto de su amor – es decir, objeto del sentimiento dirigido al elemento de falta en el objeto, porque a través de esta falta es como se ha visto conducida hasta ese objeto que es el padre. Este objeto de amor se convierte luego en dador del objeto de satisfacción, (...). Luego, sólo se requiere un poco de paciencia para que el padre sea sustituido al fin por alguien que desempeñará exactamente el mismo papel, el papel de un padre, dándole efectivamente un hijo.

(p. 205)

Como ya se mencionó Lacan nos dice en el seminario V (1958/2003), que aquí el padre interviene como real y potente, este tiempo viene solo tras la privación o castración, que afecta a la madre imaginada por el sujeto, en su posición imaginaria, la de ella, de dependencia. Si el padre es interiorizado en el sujeto como Ideal del Yo y, entonces el

complejo de Edipo declina, es en la medida en que el padre interviene como quien, el sí, lo tiene.

Finalmente, puede decirse que en este tercer tiempo del Edipo, la ley deja de ser omnímoda y omnipotente y pasa a ser la ley simbólica, que como tal, se encuentra independizada de todo personaje real que la encarne.

El papel que desempeña aquí la metáfora paterna es ciertamente el que podíamos esperar de una metáfora dice Lacan, conduce a la institución de algo perteneciente a la categoría del significante, está ahí en reserva y su significación se desarrollara más tarde. (Lacan, 1958/2003)

Será de acuerdo al ingreso de la ley simbólica en este tiempo que encontraremos un predominio del **registro simbólico**. En relación a éste, Diana Rabinovich, en su clase N° 1, nos explica que para Lacan el inconsciente está estructurado como un lenguaje. Sostiene que este orden simbólico preexiste al sujeto, ya que este llega a un mundo con una cultura, con palabras, que lo van a predeterminar y le dejaran una marca. Este registro trae consigo leyes, regulación y posibilidades, así como también instaure que hay cosas que no son posibles. A partir de esto simbólico el sujeto pierde lo instintivo.

Estos 3 tiempos lógicos en los que se desarrolla el complejo de Edipo se dan dentro del contexto de lo que Lacan denominó Metáfora Paterna. Pasemos ahora a analizarla.

2.3: Metáfora Paterna:

2.3.1: ¿Que es una Metáfora?

Lacan en el seminario V (1958/2003) dice que una metáfora es un significante que viene en lugar de otro significante. Y agrega que, esto es el padre en el complejo de Edipo. Es decir que el padre es un significante que viene a sustituir a otro significante, más precisamente al primer significante introducido en la simbolización, que es el significante materno.

Para poder explicar mejor como se produce esta metáfora Lacan nos deja una fórmula.

$$MP = \frac{NP}{DM} \cdot \frac{DM}{\chi} \Rightarrow NP \cdot \left(\frac{A}{-\phi} \right)$$

En la Metáfora Paterna (MP), los significantes en juego son: el significante primordial Deseo de la Madre (DM) y el significante Nombre-del-Padre (NP). Dicha metáfora llevará a producir lo que se conoce como Significación Fálica (-φ). Esto es así por que como dice la autora Rabinovich la metáfora es una operación por la cual se produce el significado, y son los significantes los que lo producen. Como se dijo anteriormente la operación que caracteriza a la metáfora es la de sustituir un significante por otro significante y es éste, el esquema fundamental de la producción de significados.

Ahora bien, si nos dirigimos a la clase N° 5 de Diana Rabinovich, veremos que allí plantea que la fórmula de la metáfora paterna indica que un significante (DM) es sustituido, cae, desaparece, y en su lugar surge otro significante (NP), significante que el sujeto encuentra en el A, en el lugar del código. Será esta sustitución la que producirá un significado que resuelve la incógnita del sujeto, ese significado es el falo.

Ahora examinaremos los significantes intervinientes en esta metáfora por separado.

2.3.2: Significante Deseo de la Madre:

El primer significante que se instaura es la *madre*, como plantea Lacan en el Seminario V (1958/2003), “la primera relación de realidad se perfila entre la madre y el niño, y es ahí donde el niño experimenta las primeras realidades de su contacto con el medio viviente” (p.186). Pero el sujeto no solo se encuentra primero con la madre, sino que también en esa instancia se produce el encuentro del sujeto con el deseo materno.

Cuando hablamos de deseo materno debemos recordar que el psicoanálisis reconoce en el deseo de la madre una cuestión vital, condición primera para que un recién nacido pueda vivir, ya que es el deseo materno, el que le ofrece un lugar para que el niño se constituya y que cuando éste deseo falta, el niño más allá de los cuidados que se le prodigan, no sobrevive, muere. Es a partir de este deseo que la madre narcisiza a este sujeto, y por lo tanto le permitirá más adelante poder constituir su cuerpo como imagen unificada.

Decimos que esta figura materna y su deseo son cuestiones vitales porque la madre es primordialmente posicionada como omnipotente, y es esta posición la que le permite al niño poder esperar que sea la madre la que calme sus necesidades. Como dice Lacan en el seminario IV (1957/1994), la madre constituye un campo virtual de nadiación simbólica, que dará a todos los objetos venideros, cada uno en su momento, todo su valor simbólico.

Tan importante es el deseo materno que este niño depende de él, de la primera simbolización que esta madre pueda hacer. Y será mediante esta simbolización, como dice el autor de referencia en su seminario V (1958/2003), que el niño desprende su dependencia efectiva respecto del deseo de la madre, y se instituye algo que se subjetiviza en un nivel primordial o primitivo. Esta subjetivización consiste en establecer a esta madre como un ser primordial, que puede estar o no estar.

Si seguimos avanzando por el seminario V (1958/2003), veremos que allí el autor nos advierte que lo que desea este niño va más allá de los cuidados, el contacto, o la presencia de la madre, ya que lo que desea este niño, es el deseo de la madre. Al ser el deseo del niño, deseo del deseo de la madre, se abre una nueva dimensión, en la que se comenzarán a perfilar los interrogantes frente a eso que la madre desea. De esta manera y por este juego de presencias – ausencias, de idas y venidas de la madre, se hace presente la nueva dimensión, que es el hecho de que hay en ella el deseo de otra cosa distinta que satisfacer el deseo del niño.

Será gracias a la presencia del deseo por otra cosa presente en la madre que surge en el niño la pregunta *¿Qué me quiere?*, interrogante que plantea la pregunta implícita de ¿Qué falo desea mi madre que no sea yo? Esto es posible gracias a que el niño puede ver que su madre desea otra cosa a parte de él. Si ubicamos esta pregunta en la fórmula de la metáfora paterna, debemos ubicarla bajo la forma de una incógnita, representada como una “X” que hay que despejar. Y será una incógnita, porque nada podemos saber del deseo del Otro.

¿Porque es importante conocer cómo opera en la vida de un sujeto este deseo materno? Es indispensable conocerlo porque como anteriormente se mencionó el sujeto tiene vida gracias al encuentro con este Otro primordial que viene a desempeñar la función materna. Y esto es así porque construimos nuestro deseo a partir del deseo de este Otro. Tan importante es este deseo que Lacan dirá en el seminario XVII (1970/2013) que el papel de la madre es el deseo de la madre, y aclara que es una cuestión capital. Sin embargo allí mismo agrega:

El deseo de la madre no es algo que pueda soportarse tal cual, que pueda resultarles indiferente. Siempre produce estragos. Es estar dentro de la boca de un cocodrilo, eso es la madre. No se sabe qué mosca puede llegar a picarle y va y cierra la boca. Eso es el deseo de la madre. Entonces traté de explicar que había algo tranquilizador. Les digo cosas simples, improviso, debo decirlo. Hay un palo, de piedra por supuesto, que está ahí, en potencia, en la boca, y eso la contiene, la traba. Es lo que se llama el falo. Es el palo que protege si, de repente eso se cierra. (p.118)

De acuerdo a todo lo que hemos ido viendo, sabemos que la existencia del deseo materno es muy importante, sin embargo no debemos olvidar lo indispensable de la aparición del papel del padre, más precisamente del Nombre del Padre, para la constitución de un sujeto como sujeto deseante. Ahora bien, ¿qué sucede cuando este niño no sale del deseo materno? ¿Qué ocurre cuando esta madre no puede desear algo más allá de su hijo? Lo que podríamos pensar que aparecería allí es: *el goce materno*. Veamos a continuación a que hace referencia este término.

A- Goce Materno:

Para comenzar, diremos que en relación a este deseo materno Lacan nos aclara en el seminario XVII (1970/2013) que siempre produce estragos. Tan es así, que el autor allí utiliza una analogía. Ésta es que compara al deseo materno con la boca de un cocodrilo. Con ella podemos ver que lo que se plantea es la posibilidad de ser devorado por este deseo materno.

Lacan en su seminario IV (1957/1994) plantea que el niño para satisfacer lo que no puede ser satisfecho, a saber, el deseo de la madre, que en su fundamento es insaciable, el niño, por la vía que sea, toma el camino de hacerse el mismo objeto falaz. Esto se debe a que como este deseo es imposible de ser saciado, basta con engañarlo. Sin embargo lo que nos encontramos es una madre insaciable e insatisfecha que como todos los seres insaciables dice Lacan, en ese seminario, busca que devorar. Es aquí donde aparecen los fantasmas de devoración materna, frente al atrapamiento que vive el niño.

El autor Patricio Álvarez sostiene que para ejemplificar esta devoración materna, Lacan utiliza el término de estrago, *ravage*. Éste, hace alusión, dice el autor al hecho de que el niño

es tomado por el deseo de la madre sin la mediación del falo. Es por esto que el estrago será ubicado como una dificultad en el pasaje por el segundo tiempo del Edipo, más precisamente el autor sostiene que Lacan ubica al estrago materno en el primer tiempo del Edipo, donde la prohibición paterna no funciona como tal, porque este padre aún no ha ingresado como representante de la ley. (Álvarez, 2009)

Ahora bien, para continuar el desarrollo de este tema, Álvarez (2009) toma de Lacan el texto L'Étoutdit. Según el autor mencionado, en este texto Lacan explica que el estrago en la relación madre-hija, consiste entonces en una fijación a la ligazón madre, propia del primer tiempo del Edipo. El autor nos explica que con esto Lacan hace referencia a lo que es la subsistencia de la madre, es decir, no soltarse de esa posición primera.

Sera por todo lo dicho que el límite al deseo materno, es tan necesario. Este se produce, como ya dijimos, gracias a la entrada en escena del tercer elemento, que es el padre.

2.3.3 Significante Nombre-del-Padre:

Este significante es el que permite el ingreso a la metáfora paterna. Es aquel que vendrá a sustituir al significante del Deseo de la Madre, y será esta sustitución la que producirá un significado que resuelve la incógnita del sujeto, ese significado es el falo, como lo explica Diana Rabinovich en su clase N° 5. Es el significante que marca la intervención de la ley y muestra que la madre también está sujeta a dicha ley, a la ley del “no todo es posible”. Este significante será el que permita la regulación de la economía libidinal entre el niño y la madre. Es así como el significante del Nombre del padre será el significante primordial. Es el que permitirá que el sujeto entre en un mundo de significantes.

Así mismo, Diana Rabinovich en la clase N° 5 sostiene que este importante significante (NP) es el que marca que la madre también está sujeta a la ley del significante, y que por lo tanto ella también tiene una falta, y que desea algo más allá, siendo este algo más allá, el falo.

Como ya se mencionó, Lacan en el seminario V (1958/2003) nos dice que la función del padre, del Nombre del Padre, es la de instaurar la ley primordial, es decir la ley de la interdicción del incesto. En otras palabras podríamos decir que hace de obstáculo entre el niño y la madre, es el portador de la ley. Sin embargo es importante recalcar aquí que este “hacer de obstáculo”, no debe entenderse desde la idea del Padre real o del Padre imaginario, porque

al tratarse de un significante (NP), su operación no puede ser de otra manera que como *Padre simbólico*. De esta forma, en tanto el padre sea investido simbólicamente, el niño podrá asociar su presencia con las ausencias de la madre y así dar una respuesta sobre lo que la madre desea.

Es gracias a esta metáfora que ahora el falo aparece como un objeto que se puede tener. Entonces el padre será visto como quien tiene el falo pero también como donador respecto de la madre. Además la madre a su vez, es vista como deseante del padre. Así, la Metáfora Paterna efectúa la *castración simbólica*, que implica que este Otro pasa a ser el Otro deseante y por tanto el Otro barrado.

Es entonces que por medio de la *significación fálica*, entendiendo por ésta al falo en tanto símbolo, que el sujeto ya no responde desde el lugar del falo, sino que este falo se instaure ahora como algo que se tiene, que se da y se recibe. Será gracias a esto que el niño podrá identificarse con el padre y la niña podrá dirigirse a buscar el falo en quien sabe que lo tiene. Es decir, permite la resolución, el declive del Edipo. Al mismo tiempo cumple su función normativa permitiéndole al sujeto la asunción de su sexo y su posición dentro de la estructura neurótica.

Ahora bien, ¿qué sucede cuando este significante del Nombre del Padre no opera como lo esperado, o lo hace con algunas falencias? En este caso lo que nos encontramos es con una carencia en la función paterna.

A- Carencia paterna:

En relación a la presencia o ausencia concreta del padre, Lacan en el seminario V (1958/2003), específicamente en el capítulo que dedica a la metáfora paterna, afirma que "(...) el padre existe incluso sin estar" (p. 172). Con esto se refiere a que lo que existe es la *función del padre*. Con esto lo que se está planteando es que no hablamos del padre como persona, sino de un padre simbólico, como ya se mencionó.

¿Porque es importante tener en cuenta esto?. Es importante fundamentalmente por dos cuestiones, por un lado saber que hablamos de función y no de persona concreta nos recuerda que pueden existir complejos de Edipo totalmente normales aún en casos en que la madre se ha quedado sola con su hijo; por el otro lado esto nos permite poder analizar cómo

se ha dado esta función dentro del complejo, y por lo tanto facilita el comprender que su carencia en la familia como padre real, no es hablar de su carencia en el complejo, como sostiene Lacan en el seminario V (1958/2003).

Con todo esto se quiere plantear que cuando hablamos de carencia paterna, estamos hablando no de la ausencia del padre real, sino de la ausencia en cuanto a función, es decir que se deberán observar las carencias o a las fallas en tanto "función" en la estructura familiar. Estas fallas o carencias en la función paterna dentro del desarrollo del Edipo, implican nada más y nada menos que complicaciones en la asunción del sujeto como sujeto deseante.

No debemos olvidar que, quien permite o no el ingreso del Nombre del Padre, es la madre. Ésta antes del ingreso del padre se encuentra en una relación fusional, en la cual está en juego el falo. Cuando se llega a este punto, se comprende que es necesaria la función del padre como aquello que viene a realizar un corte en esta relación fusional, es decir que viene a acotar el deseo materno.

Con todo lo dicho, vemos que si la madre no permite el ingreso del padre, ésta quedara en posición de madre fálica, que es la madre de ese colmamiento ideal en la reciprocidad de dos deseos. En esa posición permanecerá como una madre completa, a la que no le falta nada, y por lo tanto se tratará de una madre que no se encuentra atravesada por la ley. A su vez, el niño quedará situado en el lugar del falo de su madre, trayendo como consecuencia que este deseo de la madre aplaste al sujeto como sujeto deseante, porque como se dijo anteriormente, se produce un colmamiento entre los dos deseos. Para que esto no ocurra es necesaria la intervención del padre como interdictor de la madre y del niño. Pero a su vez, como ya se mencionó, es imprescindible que la madre reconozca la ley, posicionándose así como sujeto deseante y de esta manera podrá desear algo más allá de su hijo.

En síntesis, lo importante de todo esto es que, por un lado la madre misma se someta a la ley, para que así pueda desear algo más allá del hijo, introduciendo una exterioridad. Pero por el otro lado es importante que el padre también se someta a la ley. Es por ello que un padre autoritario y dominante, no es sinónimo de un padre capaz de producir la castración simbólica, ya que éste quedaría por fuera de la ley, porque sería él mismo la autoridad, como sucede en el segundo tiempo del Edipo.

TERCERA PARTE:

APLICACIÓN PRÁCTICA

ARTICULACION TEÓRICO CLÍNICA

“CASO C”

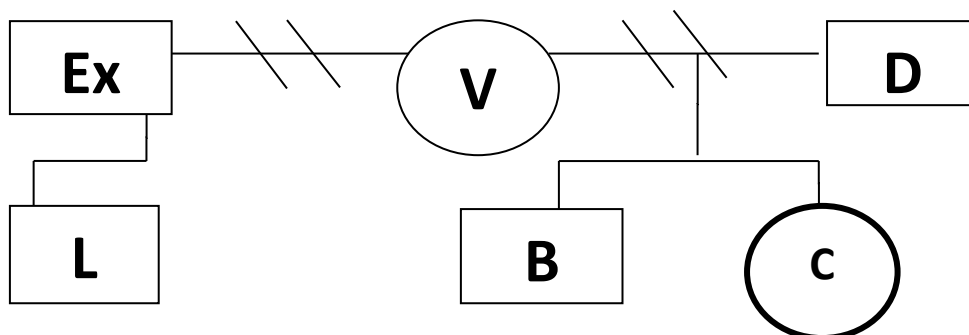
1- Presentación del caso "C":

La articulación clínica se llevó a cabo a través de un proceso psicodiagnóstico realizado durante las prácticas profesionales. El mismo se realizó a una paciente que padece de Epilepsia. Al momento de la evaluación tenía 15 años de edad, y cursaba sus estudios en un establecimiento educativo de índole privada de la provincia de Mendoza.

El psicodiagnóstico es solicitado desde la escuela debido a las consecuencias en el rendimiento académico y a los resultados negativos que le producirían su padecimiento de epilepsia.

Para llevar a cabo en aquel momento el proceso psicodiagnóstico se aplicaron técnicas tales como: Entrevista, Dibujo Libre, H.T.P, Test Gestáltico Visomotor (Bender), Cuestionario Desiderativo, Test de la Familia y Rorschach. Si bien al analizar todas estas técnicas se pudo observar una coherencia en los puntos estudiados, para trabajar el caso clínico en este trabajo de investigación se seleccionaron las más relevantes con la finalidad de no brindar información redundante. Es por este motivo que se escogieron para la articulación clínica las siguientes técnicas: entrevista, dibujo libre, cuestionario desiderativo, y test de la familia.

A- Familiograma:



B- Introducción al caso clínico "C":

Cuando se comenzó el proceso psicodiagnóstico la paciente vivía en su casa junto a su madre, su padre, y su hermano mayor. Sin embargo ya en la segunda entrevista, "C", comenta que el padre sale de la casa, debido a que ellos estarían atravesando una separación.

De acuerdo al discurso de la paciente, la relación entre sus padres, estaba caracterizada por muchas peleas y discusiones cargadas de agresividad. Frente a esto, "C" expresa su preferencia de que se separen debido al cansancio que le provocan tantas discusiones. Así mismo ella describe una relación un tanto conflictiva con su padre.

La madre tiene un hijo de 24 años que es de un matrimonio anterior. Según lo que ella misma comenta el embarazo no fue buscado, pero frente a la noticia tuvo que casarse con el padre de este hijo a los 18 años. Al año se divorcian y plantea que fue muy difícil la separación. A los dos años de esta separación, forma pareja con su marido y nace "B", hermano mayor de "C".

La primera crisis de "C" aparece en conjunto con la menarca a los 13 años de edad. Lo que según expresó la madre de la paciente ha ocasionado que "C" quede muy añorada. Frente a esta primera crisis se la interna produciéndose, esa misma noche, 4 episodios. Producto de esta situación se originan en su vida muchos cambios, tales como comenzar un tratamiento neurológico, tomar 3 medicamentos 3 veces por día, tener que restringir sus actividades por pedido del médico, así como también tener que dormir si o si 10 hs diarias. Según el discurso de la paciente, el hecho de tener epilepsia le ha traído consecuencias en el rendimiento escolar porque según ella, no entiende las cosas. La paciente argumenta que no presta atención, porque a veces le sucede que se distrae con algo y no puede escuchar más y que esto le ocurre sobre todo cuando está muy concentrada.

Un dato significativo es que al año siguiente de la primera crisis de "C" al padre le descubren un tumor cerebral, que producto de su tamaño, comenzó a afectar otras funciones. Este tumor fue declarado benigno. Sin embargo, será por este tumor que el padre habría quedado con secuelas, por ejemplo la madre de la paciente comenta que él presenta irritabilidad y depresión. Por estos motivos se explica que esta medicado con alplax. Lo que llama la atención es la alta dosis que consume. Por ejemplo según el discurso de la madre de la

paciente, él toma 3 pastillas por día, pero en el caso en el que tenga una reunión de trabajo por ejemplo, llega a tomar 4 pastillas.

Llamo la atención, que es el hecho de la paciente presenta un escaso contacto interpersonal, además de las pocas actividades que realiza, llegando a reducirse a solo ver películas, estar en la computadora y chatear. Esto llama la atención porque se trata de una chica en etapa adolescente caracterizada por lo general por una gran actividad entre pares, hecho que no sucede en la paciente.

2- Análisis del caso “C”:

A continuación se procederá a realizar el análisis y la articulación del caso clínico con los aspectos teóricos estudiados anteriormente. Para llevar a cabo esto realizaremos: un análisis de los aspectos de la enfermedad de la paciente, articulando los conceptos aportados desde la medicina, la psiquiatría, y el psicoanálisis para comprender la dinámica implicada en el caso clínico. Estudiaremos e interrelacionaremos también las características de personalidad de esta paciente y la manera en que ella establece sus vínculos, enfocándonos principalmente en el tipo de vínculo establecido con su madre y la función o rol que desempeña el padre.

❖ Epilepsia en el caso clínico “C”

Comenzaremos la articulación intentando analizar el diagnóstico de la enfermedad de “C” Veamos la siguiente viñeta para luego proceder a su análisis:

M: Y en el 2009 tuvo la primera crisis, eran las vacaciones de invierno, a las 2 de la mañana me despierta mi hijo porque “C” saltaba en la cama, yo pensé que estaba soñando, pero cuando la vi, le salía espuma de la boca, nos asustamos mucho. Llamamos al médico pero justo en esa época estaba todo el tema de la gripe A, entonces me dijo el médico que no era recomendable internarla que esperáramos hasta la mañana siguiente. Esa noche hizo 4 crisis. Se le tomaba la mano, porque ella tiene la crisis tónica. Después tuvo que estar internada una semana. Esta medicada, justo traje los remedios para que lo vieras (saca las cajas y me lee el nombre), es Depakenese Acido Valproico, que lo toma en la mañana al mediodía y a la noche, también toma Lamital. Ella tiene que dormir 10 hs. Si o si porque si no está muy cansada y le cuesta mucho hacer las cosas, así le paso en el San Pedro Nolasco, que en octavo se llevó todo, y en noveno la dejamos repetir, y la cambiamos acá.

De acuerdo a los detalles que expone la madre de “C”, y teniendo en cuenta la clasificación internacional que toma el autor Jorge Asconapé, se podría inferir que la paciente presentaría una *Epilepsia Generalizada de tipo Tónico-Clónica*. Estas crisis generalizadas comienzan en “C” con una súbita pérdida de conciencia y una rigidez generalizada, principalmente observada cuando se contractura su mano. Esto es la llamada *Fase Tónica*. Luego de esta fase, comienzan a observarse, de forma gradual sacudidas generalizadas,

simétricas de tipo clónico, dando comienzo a la *Fase Clónica*. Esto fue observado en el discurso de la madre, cuando expresa que “C” saltaba de la cama, mostrándonos la aparición específica de las convulsiones. Esta fase clónica es seguida por un coma profundo (periodo posictal), que en la paciente se observa a partir del no recuerdo de lo sucedido.

Como se pudo observar en la viñeta, la madre de “C” comenta que presenta la crisis tónica sin dar más detalles que eso, sin embargo para arribar al diagnóstico que se presentó anteriormente se realiza una confrontación de los síntomas que presenta el caso “C” y la teoría del marco teórico, así se tendrá en cuenta no solo la contractura de la mano, sino también las conductas descritas por la madre que muestran la aparición de las convulsiones, conformándose así una crisis generalizada, y por lo tanto un cuadro que constituyen la máxima expresión del fenómeno epiléptico según Jorge Asconapé.

Ahora bien articulemos esto desde una lectura psicoanalítica. Para esto primero recordemos que es lo que nos plantea Freud en relación a la epilepsia. Él expresa en su texto “Dostoyevski y el parricidio” del año 1927 que en la base de esta enfermedad, se puede vislumbrar el mecanismo de la descarga pulsional. Esto es lo que podríamos suponer que sucedería en las crisis convulsivas de “C”, una descarga de la pulsión. En relación a esto mismo, Freud nos dice que la «reacción epiléptica», como puede llamarse a este conjunto, se pone sin duda, también a disposición de la neurosis, cuya esencia consiste en tramitar por vía somática masas de excitación que ella no puede liquidar psíquicamente. Por lo tanto podríamos pensar que al no poder ser tramitada una moción de un conflicto presente en “C” quedaría en el cuerpo como energía libre, es decir como pulsión. Entonces en cada crisis veríamos en la paciente, como esta energía constante actuaría para ser descargada en el cuerpo. Esto sería así ya que la meta que siempre busca la pulsión, es la satisfacción. Las crisis aparecerían entonces, como una descarga que le satisface.

En otra entrevista la madre de “C” comenta lo siguiente:

M: Es porque “C” tiene epilepsia, a los 13 años ella tuvo su primera menstruación y le dio epilepsia, y ella ha quedado muy añorada (...)

M: Ella era así antes, la hemos sobreprotegido mucho, y justo cuando se empezaba a soltar le pasa lo de la epilepsia, ella se puede sentir asfixiada

M: (...) quiere que la volvamos a mimar como bebe (...) Pero a veces ve a un chico buen mozo y de repente le aparece, como que despega, y la miramos y no entendemos.

Veamos ahora esta viñeta que muestra 2 de las respuestas del test Desiderativo:

Tercera respuesta positiva:**E:** ¿Si no pudieras ser persona, ni animal, que es lo que más te gustaría ser?**C:** Una flor**E:** ¿Por qué?**C:** Porque son muy bonitas, hay que cuidarlas**Tercera respuesta positiva inducida:****E:** ¿Si no pudieras ser persona, ni animal, ni planta o vegetal, que objeto es lo que más te gustaría ser?**C:** Un peluche**E:** ¿Cómo cual por ejemplo?**C:** Un perrito de peluche**E:** ¿por qué?**C:** Porque hay que cuidarlos (se abraza ella misma) son hermosos, me encantan los peluches, son muy tiernos.

Si analizamos lo que plantea en esta viñeta la madre de “C”, vemos un primer dato llamativo, que es la aparición de la primera crisis de “C”. Ésta coincide con la llegada de la menarca, es decir con su primera menstruación. Ahora bien, detengámonos unos instantes a pensar que significación tiene esta; si recordamos lo que Freud plantea en su texto “La organización genital infantil” (1923), veremos que allí sostiene que la importancia que tiene el desarrollo del complejo de Edipo, es que en él, el sujeto puede realizar la elección de un primer objeto de amor, como la que hemos supuesto característica de la pubertad. Es decir que el conjunto de las aspiraciones sexuales se dirigirán a una persona única y en ella querrán alcanzar su meta. Por lo tanto lo que plantea Freud en ese texto es que durante la niñez, se realiza la primera elección de objeto, y será recién en la pubertad cuando se reactualice. Si pensamos entonces en la edad de “C”, vemos que se trata de una adolescente que ya tuvo su primera menstruación, y por lo tanto podríamos hipotetizar que habría ya atravesado este complejo, y que luego de este, se produciría la movilización de las pulsiones, y por lo tanto iría en búsqueda de un objeto sexual. Sin embargo podríamos ver que a esta imagen de mujer que comienza a perfilarse se le oponen las respuestas del Test Desiderativo anteriormente mencionado, en el que quedaría expuesta su posición infantil y dependiente que requiere y reclama cuidado y protección.

Todo lo descripto nos mostraría la existencia de dos polos opuestos que conllevan en "C" un conflicto. Este tendría que ver con la lucha en la paciente entre: el polo que expresa su deseo de separarse para lograr constituirse como un sujeto autónomo e independiente y el opuesto que nos mostraría su deseo de permanecer en esa posición infantil en la que obtiene el cuidado y la protección que reclama. Este panorama se complica aún más, debido a que el deseo materno estaría imposibilitando esta separación porque existiría en la madre de la paciente, un deseo de no alejarse de "C". Todo esto traería como consecuencias en la paciente, la dificultad para elaborar adecuadamente la separación del otro.

Con lo ya dicho podríamos pensar que, frente a la posición de mujer que intenta aparecer en "C", se desencadenaría ansiedad y angustia por la posible separación con su madre, que implicaría el ya ser mujer. Será por esto que podríamos pensar que aparecería el cuerpo de "C" para expresar este conflicto. Esto mismo es lo que planteó el autor Jesús Colás Sanjuan (2001), cuando expresa que es normal en el niño que el cuerpo sirva de medio de expresión de ansiedades que su aparato mental no puede afrontar porque su capacidad de contenerlas y elaborarlas es superada. Es ahí cuando aparece la necesidad de un entorno contenedor parental.

❖ Crisis Epilépticas: Suspensión de la conciencia, pulsión de muerte, y fallas en el registro simbólico.

Ahora veamos los siguientes recortes en los que "C" nos expresa lo siguiente:

C: Soy epiléptica, no sé si sabías.

C: Y empezó a los 14 años, el año pasado, me dio 2 crisis más en el hospital

E: ¿Y vos te acordás algo de cuando te pasó eso?

C: No, solo se porque mi papa me dijo que estaba desesperado porque el médico le dijo que tenía que ver que epilepsia era, entonces me tenía que dar, y mi papa dice que me veía y se desesperaba.

Si pensamos en la sintomatología que incluye este padecimiento, vemos que nos encontramos con una enfermedad que implica la pérdida de la conciencia y por lo tanto la anulación de las funciones superiores del cerebro como por ejemplo el pensamiento, el juicio, etc. o como dice Freud en Dostoievski y el parricidio (1927), el progresivo desfallecimiento de todas las operaciones intelectuales. Si se invalidan estas funciones, entonces con lo que nos

encontraríamos es con un sujeto que estaría manejado desde lo pulsional, es decir al anularse la conciencia, "C" haría cosas que le son ajenas, como bajo el imperio de lo inconsciente dice Freud en este mismo texto.

En suma tendríamos un sujeto que no puede tramitar una moción por la vía psíquica y en el que además, sus funciones superiores estarían abolidas, lo que nos llevaría a suponer entonces que, el cuerpo en esta paciente sería el medio por el que se descargaría, sin mediación del pensamiento, el conflicto instaurado psíquicamente. Esto nos conduce a la idea de que, la aparición de las crisis como una descarga pulsional, estarían guiadas por la pulsión de muerte que nombra Freud en su texto "Más allá del principio de placer" (1920). Como sabemos, éstas tienden a la reducción completa de las tensiones, es decir, a devolver al ser vivo al estado inorgánico. Es por esto que en ese mismo texto, el autor nos dice que están destinadas a asegurar el camino hacia la muerte.

Estos momentos en que "C" pierde la conciencia y por lo tanto el contacto con el medio exterior, se podrían articular con lo que plantea Lacan en su seminario XI (1964), cuando explica que para que se dé la conformación como sujetos deseante, éste primero desaparece, o como dice el mismo autor en ese texto, el sujeto, responde con la *falta antecedente*, es decir con su *propia desaparición*, que aquí sitúa en el punto de la falta percibida en el Otro. Entonces agrega Lacan el *primer objeto* que propone a ese deseo parental cuyo objeto no conoce, es su *propia pérdida* ¿puede perderme? El fantasma de su muerte, de su desaparición, es el primer objeto que el sujeto tiene para poner en juego en esta dialéctica. Todo esto nos llevaría a pensar que entonces en esa desaparición de "C" habría un predominio del registro real en el que no hay intermediación de lo simbólico. Sería por esto que "C" en esos momentos no puede poner palabras, sino que lo que pondría sería el cuerpo y su propia desaparición.

Ahora bien, si retomamos la abolición de las funciones superiores mencionadas anteriormente, veremos que podrían ser articuladas además con las fallas en el registro simbólico halladas en la paciente. Veamos la siguiente viñeta:

C: Estoy acá porque no estudio, soy vaga, soy medio tonta, no entiendo las cosas, en matemática, lengua no tanto

C: Porque a veces no presto atención, a veces estoy escuchando y de repente me quedo en un punto, y se me clavo ahí, no puedo escuchar más

E: ¿Y en ese momento piensas en algo?

C: No, en nada

E: ¿Cuándo te pasa esto?

C: Cuando estoy muy concentrada

Lo que aquí se estaría observando es la dificultad de “C” para prestar atención y comprender. En relación a esto recordemos lo que plantea el autor Henri Ey en su texto “Tratado de Psiquiatría” (1980) cuando nos explica que la personalidad del epiléptico está caracterizada por presentar un pensamiento lento, con dificultades para pasar de una idea a la otra, afectando de esta manera la comprensión del sujeto. Esta característica podría ser lo que estaría ocasionando en “C” la dificultad que se observó para seguir el ritmo de las clases. Esto permitiría pensar que sería esta situación, junto con su inconveniente para mantener la atención por tiempos prolongados, lo que produciría en la paciente los problemas en el rendimiento académico.

Estas complicaciones podrían ser pensadas como una dificultad en el registro simbólico que describe Lacan. Para comprender que implicaría esto, recurrimos a la autora D. Rabinovich, quien es su clase N°1 sostiene que este registro trae consigo leyes, regulación y posibilidades, así como también insta que hay cosas que no son posibles. Será a partir de esto simbólico que el sujeto pierde lo instintivo. Por lo tanto las fallas que se den en estas leyes ocasionarían en la paciente consecuencias en su conformación como sujeto de deseo a partir de la instauración de la falta, y de la aceptación del no todo es posible.

❖ Sentimiento ambivalente de “C” hacia su madre:

Veamos la siguiente viñeta:

M: Ella era así antes, la hemos sobreprotegido mucho, y justo cuando se empezaba a soltar le pasa lo de la epilepsia, ella se puede sentir asfixiada.

M: (...) y a “C” le encantaba estar en su pieza todo el día, siempre estaba la puerta cerrada, hasta dormía con la puerta cerrada, y si entrabas le molestaba, siendo que los varones nunca me cerraron la puerta.

C: Mi mamá...uhhh mamita se me vino...es igual que yo, es histérica, es muy loca, habla mucho, a veces queremos ponerle un punto final porque ya lo arreglamos, pero ella sigue y sigue, la queremos mandar a un psicólogo y que se quede allá.

En esta viñeta podemos ver graficado la existencia de un sentimiento ambivalente de "C" hacia su madre, en el que por un lado existiría un enorme amor hacia el ser que le provee los cuidados que necesita, y por el otro se observaría la agresión desencadenada frente al sentimiento de asfixia o atrapamiento en este vínculo. Entonces podríamos pensar que con esta agresión, "C" buscaría realizar un corte y por lo tanto lograr la salida y separación que estaría buscando. Esto al no poder lograrse, despertaría en ella los más agresivos pensamientos, como por ejemplo que su madre desaparezca. Esto podríamos articularlo con lo que planteó Freud en su texto "Dostoievski y el parricidio" (1927), en el que expresó que Dostoievski deseaba inconscientemente la muerte de su padre, y que al producirse la misma apareció en él, la culpa por haber deseado algo que se había concretado. Por lo tanto el autor explica en ese texto que frente a este suceso de la muerte del padre de Dostoievski, apareció en él, la enfermedad como una forma de autocastigarse por lo que había deseado.

- ❖ Vínculo fusional entre "C" y su madre: dificultades para la diferenciación yo-no yo

A lo largo del proceso psicodiagnóstico se pudo observar que el vínculo entre ellas estaría caracterizado por rasgos de indiferenciación. Ejemplo de ello son, además de lo recopilado en las técnicas, las siguientes viñetas que se recortaron de distintas entrevistas con la finalidad de ser analizadas:

- **Entrevista con la madre:**

M: (...) El otro día entre a la habitación y vi que estaba escondiendo algo, le pregunte y me dijo que no era nada, y le saque el papel y vi que era una mala nota, y le dije...para que me mentís, si te mentís a vos. Yo le digo que salga, que por ejemplo vaya a gimnasia, porque esta con otras chicas, y porque una salida de ella es una salida para mí (...) Pero acá no ha encontrado a alguien con quien se sienta bien, no ha podido hacer amigos, porque no son iguales a ella (...)

- **1° Entrevista con "C":**

C: (...) "Juego de gemelas", es mi peli favorita, la veo todos los días (...)

E: ¿Y de qué trata la peli juego de gemelas?

C: Y es de Lince Logan, me encanta aunque sea una alcohólica, jajajaj. Y se trata de 2 gemelas que las separaron al nacer, y en un campamento se juntan y se enteran que son hermanas, ellas vivían en lugares diferentes, entonces deciden cambiarse, y nadie se da cuenta.

C: (...) Mi mamá...uhhh mamita se me vino...es igual que yo (...)

En el primer recorte, vemos como para la madre de "C", ella y su hija serían una misma persona, y de esta manera quedaría graficada la indiferenciación que caracterizaría a este vínculo. Por otro lado en el caso de la viñeta de "C" también se observa la indiferenciación, pero lo que se percibe como diferente es que en el relato de la madre se escucha esto como algo muy natural y común, a diferencia del discurso de "C" que expresaría cierto rechazo de esta situación. Esto mismo podría ser observado en la elección que realiza "C"; ella elige ver a diario la película "Juego de Gemelas". En esta elección podríamos pensar que se estaría proyectando la relación de "C" con su madre.

Esta situación ha hecho que el vínculo entre la paciente y su madre quede configurado desde una óptica *fusional*, en el que se pierden los límites entre el yo y el no yo, llegando a invadirse los espacios propios. Será por esto que podríamos decir que, el modo en que se ha conformado esta relación, nos recuerda a la establecida en el primer tiempo del Edipo que describe Lacan en su seminario V (1958). Allí vimos que si bien el padre está presente, para el niño aún no ha ingresado en la dialéctica, trayendo esto como consecuencia que lo que le llegue al niño sea el discurso de la madre sin intermediación de nada.

En el mismo seminario, el autor nos dice que lo que el niño busca, en cuanto deseo de deseo, es poder satisfacer el deseo de su madre, es decir, ser o no ser el objeto del deseo de la madre. En este primer tiempo, agrega Lacan, el sujeto se identifica en espejo con lo que es el objeto del deseo de la madre. Es la etapa fálica primitiva, dice el autor, y agrega que, para gustarle a la madre, basta y es suficiente con ser el falo. Esto es lo que produce que el niño se identifique con el falo, y de esta manera se posiciona como el único objeto que puede satisfacer a la madre. Será esto lo que nos llevaría a pensar que la relación fusional establecida entre "C" y su madre, podría estar ocasionando que la madre vea a la paciente como su único objeto de deseo, donde se corre el peligro de que "C" quede allí atrapada. Este posible atrapamiento se produciría porque según expresa Lacan en el mismo seminario, en el primer tiempo del Edipo el niño queda identificado con el falo y por lo tanto allí se produce un colmamiento de dos deseos, porque la madre encuentra satisfacción en su hijo y al niño le basta con colocarse en el lugar del falo de su madre.

Este tipo de relación nos haría pensar que en el vínculo entre “C” y su madre existiría un predominio del registro Imaginario descrito por Lacan. Este registro tapa la falta, porque el sujeto se ve unificado y completo. Para poder describirlo, el autor recurre al estadio del espejo para dar cuenta de que en la prematuración en que el infans se encuentra, recurre a un otro significativo para que le devuelva una imagen unificada. Esta imagen funciona como una especie de seguro contra el desamparo. Una vez que se constituye esto, será algo que reasegura, que calma, que seda.

Ahora bien, veamos qué consecuencias podría haber ocasionado esto. Analicemos los siguientes recortes:

- **Entrevista con la madre:**

M: (...) antes tenía una amiga cuando vivíamos en el departamento, que se hicieron como hermanas, pero cuando nos mudamos no se vieron más, y de ahí nunca se hizo una amiga así tan pegada y eso me preocupa

- **1° Entrevista con “C”:**

C: No, no me junto con nadie de acá

E: ¿Por qué?

C: Porque soy diferente a las demás

C: Ahh, me olvide de decirte que cuando vienen mis primas de Córdoba, si salgo, ellas son parecidas a mí

De acuerdo a lo que se expresa en las viñetas podríamos pensar que el tipo de vínculo establecido entre la paciente y su madre, habría ocasionado que “C” establezca esa misma modalidad fusional para la relación con los otros.

Lo que aquí vemos podríamos articularlo con lo que transcribe Henry Ey en su texto cuando cita lo planteado por la autora F. Minkowska quien dice que en la estructura de las formas perceptivas, la epilepsia, introduce una tendencia a un impetuoso movimiento de cohesión y aglutinación, en el que se proyecta la ***tendencia glischroide*** (del griego: viscoso) del temperamento epiléptico. Así podríamos decir que la personalidad de “C” estaría regida por ciertas características de viscosidad, es decir que podríamos pensar que sería pegajosa a la hora de relacionarse, lo que nos haría suponer que al establecer una relación con el otro, se dé como principio fundamental, estas características de indiferenciación.

Por todo lo dicho, podríamos ver que la manera de relacionarse de la paciente tendría fallas a la hora de establecer un adecuado espacio entre ella y el otro, debido a que este espacio intermedio sería casi nulo, llegando ella a confundirse con el otro.

❖ La boca del cocodrilo: Deseo materno estragante y aplastamiento subjetivo.

Es a partir de observar la gran indiferenciación en el vínculo de "C" y su mamá que vamos a preguntarnos qué sucede con el Deseo materno de esta madre que está tan fijado a su hija. Veamos los siguientes recortes para luego analizarlos:

M: Ella era así antes, la hemos sobreprotegido mucho, y justo cuando se empezaba a soltar le pasa lo de la epilepsia, ella se puede sentir asfixiada

M: Estoy buscando trabajo tranquila, de apoco, porque no quiero que sea tan brusco para ella

M: (...) le he dicho que hagamos pintura pero mucho no le gusta (...), y le digo que salgamos a caminar, al shopping, pero ella no quiere (...)

Test Desiderativo de "C":

Primera Respuesta Negativa:

E: ¿Si no pudieras ser persona, que es lo que menos te gustaría ser?

C: Un dinosaurio

E: ¿por qué?

C: Porque son malos, son gigantes, no, no me gustan, te comen, nooo mamita

En la viñeta extraída de la entrevista con la madre vemos, en palabras de ella como esta sobreprotección puede haber causado asfixia en la paciente, es decir, que podemos suponer que esta madre va más allá del solo hecho de brindarle los cuidados necesarios para sobrevivir. En relación a esto debemos recordar que el psicoanálisis sostiene que el deseo de la madre es una cuestión vital, debido a que es condición primera para que un recién nacido pueda vivir. Esto solo será posible dice Lacan en su seminario IV (1957) porque como ya mencionamos, la madre es posicionada como omnipotente, y es esta posición la que le permite al niño poder esperar que esta madre calme sus necesidades. Sin embargo, el mismo autor nos advierte en el seminario XVII (1970) que este deseo, a pesar de ser necesario, siempre produce estragos, y lo compara con el hecho de estar dentro de la *boca de un*

cocodrilo con el riesgo de quedar atrapado dentro de esta. Será por esto que podríamos hipotetizar que el sentimiento de asfixia de “C” tendría que ver con esta posición de madre estragante y devoradora. Este panorama se vería agravado debido a que hay una hiperpresencia y un cuidado excesivo por parte de la madre de la paciente. Decimos que complica aún más porque como planteó Lacan en su seminario V (1958) el juego de presencias– ausencias, de idas y venidas de la madre es lo que posibilita ver que hay en ella, el deseo por otra cosa distinta que satisfacer el deseo del niño, y por lo tanto las pocas ausencias de la madre de “C” denotarían que gran parte de su deseo sigue puesto sobre esta chica. Si esto es así, se correría el riesgo de que la boca del cocodrilo se cierre y “C” quede atrapada allí.

Ahora bien, si analizamos el recorte expuesto arriba de la respuesta de la paciente en el Test desiderativo, veríamos ejemplificado como “C” estaría comparando a su madre con un dinosaurio gigante que la devora. Esto podría significar también la posibilidad de aplastamiento subjetivo que estaría vivenciando “C”. Este panorama podría ser articulado con lo que plantea el autor Jesús Colás SanJuan (2001) cuando nos dice que en la epilepsia se ha detectado una conflictiva de extrema dependencia con la madre, cuya relación fusional limita la autonomía y la separación. En todos los casos este autor ha observado una implicación de los padres, cuyas dificultades personales están jugando un papel importante, al interferir en los intentos de elaboración mental del niño, impidiendo por tanto el proceso normal de separación e individuación de este; llegando al extremo de invadir intrusivamente este espacio mental naciente del hijo.

❖ Análisis de la madre de “C”:

- *Madre fálica:*

Como pudimos ver en el apartado anterior, el deseo de la madre de “C” tiene ciertas características de ser estragante y devorador, y es por esto que debemos analizar cómo está posicionada esta madre respecto de la ley. Veamos y analicemos las siguientes viñetas:

M: (...) antes todo lo que quería “C” lo tenía, (...) entonces yo estoy buscando trabajo para darle todo lo que quiera (...)

De acuerdo a lo que se escucha en la viñeta, podríamos pensar que la madre de "C" se estaría posicionando como una **madre fálica**, como la descrita en el primer tiempo del Edipo, es decir que permanecerá como una madre completa, a la que no le falta nada por la identificación que se produce con el falo en esta etapa. Esto, a su vez, podría ocasionar que el niño quede situado en el lugar del falo de su madre, trayendo como consecuencia la posibilidad de que este deseo de la madre aplaste al sujeto como sujeto deseante, porque en ese caso, se produciría un colmamiento entre los dos deseos, dice Lacan en el seminario V (1958).

En este recorte vemos también como la madre de "C", al posicionarse como madre fálica, muestra que no se le estaría dando a la paciente el espacio suficiente para desear algo distinto de lo que la madre le da. Esta situación nos llevaría a suponer que todo lo que ella le daba, es para esta madre, todo lo que la paciente necesitaba.

Ahora bien, en relación al deseo materno, el mismo autor en su seminario IV (1957) plantea que el niño para satisfacer lo que no puede ser satisfecho, a saber, el deseo de la madre, que en su fundamento es insaciable, el niño, por la vía que sea, toma el camino de hacerse el mismo objeto falaz. Esto se debe, dice el autor, a que, como este deseo es imposible de ser saciado, basta con engañarlo. Si pensamos en el caso clínico, veríamos que se trataría de una madre insaciable e insatisfecha que, como todos los seres insaciables dice el mismo autor, busca que devorar. Es aquí donde aparecerían en la paciente los fantasmas de devoración materna.

- *Goce materno:*

De acuerdo a todo lo que hemos ido viendo y analizando, podemos inferir que la posición de goce en la que estaría la madre de "C", la llevaría a funcionar desde un más allá del principio de placer como el descrito por Freud en el año 1920. Allí este autor nos explica que si bien existe una fuerte tendencia al principio de placer, existen también ciertas otras fuerzas que contrarían a este principio. Estas fuerzas funcionan desde una *compulsión de repetición*, en la que se repiten cosas que provienen de lo reprimido inconsciente, apareciendo de esta manera como entrelazadas en íntima comunidad con la satisfacción pulsional.

Este tipo de funcionamiento haría que se vea dificultada en la madre de "C" la separación con el otro, y por lo tanto no podría permitir una adecuada separación entre ella y su hija. Será esta situación la que nos conduciría a interpretar que en esta indiferenciación, la

madre de la paciente encontraría su punto de goce. Por último es importante recalcar que, además de la madre, la paciente misma estaría en un estado de goce, observado principalmente en la aparición de las crisis que son manejadas por la pulsión de muerte.

- *Consecuencias en "C": vivencia de encierro*

Analicemos el siguiente recorte de la primera entrevista con "C":

C: Nada, no salgo, soy media encerrada

En el Dibujo libre:

C: (...) su vida era estar en la computadora y encerrada (...)

C: (...) ahora se junta demasiado tiempo con ella, como sabe que casi siempre está encerrada en su casa (...)

En el Test desiderativo:

E: ¿Si no pudieras ser persona, ni animal, que es lo que menos te gustaría ser?

C: Un cajón de ese armario (señala un armario situado en el curso)

E: ¿Por qué?

C: Porque te encierra, es como que te sentís...ahhh...que se yo, te sentís encerrada, sola, puede ser lindo, pero es feo ser un cajón.

En el primer recorte de la entrevista con "C", vemos que lo que ella habría querido decir es que es media *cerrada*, sin embargo utiliza el significante *encerrada*, dejándose entrever un lapsus que nos ejemplifica el posible atrapamiento que estaría sintiendo la paciente. Todo esto, nos conduce a suponer que el difícil panorama que dibuja su madre omnipotente, generaría en "C" la sensación de encierro, frente a la posibilidad de quedar atrapada en este deseo y por lo tanto ser devorada por esta madre.

El uso de este significante "encerrada" se visualiza también en las historias que relata en las técnicas del dibujo libre y en el Test Desiderativo.

❖ Análisis de la función paterna en “C”:

- *Metáfora Paterna con fallas*

Veamos las siguientes viñetas extraídas de la entrevista con la madre de “C”.

M: (...) el año pasado al padre le encontraron un tumor y le cambió mucho su papá. (...)

M: (...) Yo ahora estoy buscando trabajo, porque no estamos bien económicamente (...)

M: (...) en el invierno del 2010 fue lo de mi marido, se descompuso, le dio una hemiplejía (...) lo obligaron a hacerse una tomografía computada (...) ahí le encontraron un tumor en la cabeza (...) Ha quedado con secuelas, está muy irritable, ahora está con depresión, le hemos dicho que valla al psicólogo y al psiquiatra por la medicación.

M: toma una pastilla para los nervios, que se la dio el médico, pero no me acuerdo el nombre, es una que toman los viejitos (...) (Se refiere a tomar alplax)

M: (...) lo toma 3 veces al día, y si tiene una reunión de trabajo o algo así, se toma 4, hoy no soporta nada, y esos son los problemas.

M: (...) mi marido no entiende que él tiene que acompañar al hijo, y no el hijo a él (...)

Si analizamos lo expuesto en las viñetas, vemos que el discurso de la madre respecto del padre, muestra una figura desvalorizada, describiéndolo como una persona enferma, que no podría entender la situación de sus hijos adolescentes, que no podría proveer económicamente lo suficiente, que estaría en una situación de depresión, etc. lo que nos haría pensar además en una figura descripta como impotente, como casi sin figurar en la escena. Ahora bien, recordemos aquí lo que plantea Lacan en su seminario V (1958) cuando nos dice que: El padre puede darle a la madre lo que ella desea, y puede dárselo porque lo tiene. De esta manera, la madre ya no será dependiente del padre, sino que en esta etapa agrega el autor, la madre va a desear al padre en tanto que es él quien tiene el falo en la realidad. De esta manera lo que se observaría es una madre que puede desear algo más allá de “C”, y es así como podría correr a esta paciente de la posición de falo, y darle así la posibilidad de que también se constituya como un sujeto deseante. Cuando esta situación es posible, vemos el ingreso del padre, y por lo tanto se presentifica, en la relación, la ley, es decir, que se inscribirá la ley del no todo es posible, y así se limitara a este deseo materno. Sin embargo, vemos a través de la viñeta expuesta, que esta madre al colocar al padre como impotente y en un lugar

desvalorizado, no estaría redirigiendo gran parte de su deseo al hombre que está a su lado, y por lo tanto no estaría corriendo a su hija de lugar de falo.

Todo esta situación se complica aún más, ya que se le agregaría el hecho de que los padres de "C" están atravesando una separación, y es por esto que el padre de la paciente se va de la casa, lo que una vez más nos demostraría como poco a poco su madre iría sacando de la escena a este padre que según sus propias palabras traería "problemas" en la familia.

Teniendo en cuenta este panorama, pasemos a analizar cómo se ha dado en este caso clínico la función paterna dentro de la metáfora, teniendo en cuenta que el significante Nombre del padre, no solo viene a instaurar la ley, sino que además tiene una función primordial para que "C" devenga un sujeto deseante. Esta tarea es lograr poner un freno, es decir acotar, al deseo materno tan hiperpresente que hemos descripto anteriormente, para que la paciente no quede atrapada allí. En relación a esto Lacan en el seminario V (1958) comenta que el padre hace de obstáculo simbólicamente entre el niño y su madre.

Ahora bien, si pensamos en el discurso de la madre ejemplificado en la viñeta, lo que se observaría es que si bien la ley se habría instaurado, por tratarse de sujetos neuróticos, esta lo habría hecho con algunas fallas, lo que nos llevaría a suponer que el padre de "C" no estaría siendo el suficiente "obstáculo" entre la paciente y su madre, y por ende no estaría acotando lo suficiente a este deseo materno. Sin embargo, es importante tener en cuenta que si bien la función paterna tiene fallas, esta situación también se da porque la madre de "C" tampoco facilita el ingreso del padre como quien encarna la ley.

- *Carencia paterna:*

Por todo lo que hemos ido viendo, podríamos pensar que las fallas en la metáfora paterna de "C" tendrían que ver con una *carencia paterna*, que no podría poner un límite claro al deseo materno. Esta debe ser entendida, no como ausencia del padre real, sino como fallas en la función paterna dentro del complejo de Edipo. Pensarlo así, solo será posible gracias a la aclaración que realiza Lacan cuando dice en su seminario V (1958) que: "(...) el padre existe incluso sin estar". Con esto se refiere a que lo que existe es la función del padre, y que por lo tanto lo que se está planteando es que no hablamos del padre como persona, sino de un padre simbólico, como ya se mencionó. Además de esto, el mismo autor agrega que: la cuestión de la posición del padre en la familia no se confunde con una definición exacta de su papel

normativizante, ya que hablar de su carencia en la familia no es hablar de su carencia en el complejo.

Esta carencia descrita por el psicoanalista francés podría traer como consecuencia en la paciente, complicaciones en la asunción como sujeto deseante.

- *Imagen paterna desvalorizada trasladada a "C":*

Lo importante a destacar es que el panorama descrito anteriormente se agravaría más debido a que la imagen impotente del padre, es trasladada a "C". Conozcamos diferentes ejemplos en los que se ve como la paciente también mira a un padre desvalorizado. Además de esto vamos a ver como ella repite en su discurso, dichos que provienen de la madre:

Viñeta extraída de la 1° Entrevista con "C":

E: ¿Y con tu papa como te llevas?

C: Es como que me llevo...uhhh, me va a matar si digo esto

E: Contame todo lo que vos quieras

C: Toma mucho alcohol, y odio que haga eso, le he hecho prometer pero después vuelve a tomar

Viñeta extraída de la 2° Entrevista con "C":

C: Ahora bien, porque mi papa se fue de viaje y es mejor, porque antes había mucho griterío con el así que estamos más tranquilos.

C: (...) mi mamá ahora está más relajada (...)

C: Y yo también estoy más relajada porque no hay tantas peleas porque mi papá no está y se va a ir de la casa.

C: Ah...mi papá me dijo que le dijera que toma porque tuvo un tumor y se lo sacaron y como que quedo medio chapa, igual no creo que sea por el alcohol.

Viñeta extraída de la 4° Entrevista con "C":

C: Sí, te quería contar que mi papa estuvo unos días en mi casa y volvió a tomar

C: Nada, bueno se le endureció la cara y los brazos

C: Y él se había ido unos días a trabajar a Tupungato, pero ahí toma

E: ¿y cómo sabes vos que tomó?

C: Porque mi mamá me dijo, a parte me conto cuando estábamos en la mesa que mi papa fuma marihuana, y a parte él me iba a llevar a tomar un helado y me lo canceló

E: ¿Y le dijiste algo vos?

C: Sí, le dije “¿Por qué me dejaste plantada?” (Hace una mímica como de quien está gritando)

C: Me dijo perdóname es que estaba borracho, tenía cara de borracho y no quería que me vieras así... Ah y mi hermano lo amenazó

C: Le dijo: “si vuelves a tomar, no nos ves más”

En estos recortes de las entrevistas con la paciente, veríamos aparecer un padre enfermo, no solo por su tumor, sino también por la conducta de beber alcohol y que a pesar de prometer a su hija no hacerlo más, lo volvería a hacer. Hecho que mostraría que la palabra de este padre no podría ser tenida en cuenta por “C” ya que él no la estaría cumpliendo y que por lo tanto, dificultaría ver en este padre el representante de la ley, tan necesario para la metáfora paterna. Así mismo, aquí se podría observar, como para la paciente, es mejor la ausencia del padre, al igual que para la madre, quienes expresan que están más relajadas sin él. Con esto quedaría claro como la posible solución del conflicto sería sacar de la escena a este padre-obstáculo, buscando, posiblemente de esta manera, volver a la situación fusional de la primera infancia.

Por otro lado aquí queda a la vista un intento fallido de justificación de la conducta de beber por parte del padre, pero que en el mismo momento en que es transmitida por “C”, es anulada y derrocada por ella misma. Esto nos mostraría una vez más el poco valor que le estaría atribuyendo la paciente a las palabras de su padre, y la dificultad que tendría para mirarlo como una figura de autoridad, y como quien encarna la ley. Porque si bien ella cumple con el pedido del padre de transmitir la posible explicación de su conducta de beber, también se encarga de dejar en claro que para ella el problema del padre no tiene que ver con eso.

Por último, si pensamos en los hechos que relata la madre de “C” acerca del padre, hechos como el beber y el fumar marihuana, nos lleva a deducir que sería muy difícil que este padre encarna la ley, porque el mismo quedaría por fuera de la ley, realizando actividades que están penadas.

❖ El palo en la boca del Cocodrilo: Llamado al padre

Para analizar esto recurrimos al Dibujo de la familia, en donde se observa que entre el dibujo que realiza de la madre y el de ella, coloca al padre. Esto podría ser pensando como un intento de la paciente de colocar una determinada distancia que la separe de su madre. Esta situación podría ser articulada con lo expuesto por Lacan en su seminario V (1958) cuando nos

dice que al operar la función paterna dentro de la metáfora, veremos que este padre hace de obstáculo entre la madre y el niño. Además sería oportuno aquí traer a colación lo que nos expresó este mismo autor en su seminario XVII (1970) cuando nos dice que frente a este deseo materno devorador existe algo tranquilizador, que es un palo en la boca del cocodrilo, que está ahí en potencia, y eso la contiene, la traba, palo que protegería a "C" por si esa boca se cierra. Este palo sería su padre interponiéndose a esta madre y a su deseo devorador.

En este dibujo vemos también algo muy llamativo que sucede con la mirada de todos. Allí se observa: la mirada del dibujo que representa a "C" está dirigida a su padre, lo que podría pensarse como un llamado a él, pidiéndole que intervenga. Sin embargo los ojos de este padre en el dibujo, estarían dirigidos hacia la madre, lo que podríamos suponer que estaría mostrando la sensación de abandono que tendría "C" hacia este padre que la deja "plantada" (significante usado por ella en las entrevistas) a merced del deseo materno.

CUARTA PARTE:

CONCLUSIONES

1- Conclusiones finales:

El punto de partida de la investigación fue motivado por el encuentro en la teoría estudiada de diversos autores que expusieron casos de pacientes epilépticos que a pesar de estar en tratamiento farmacológico con antiepilépticos, presentaron una insistencia de las crisis. De este modo surge el interrogante acerca de que es lo que sucede en estos sujetos. En un intento de responder se construyó la primera pregunta de investigación que comenzaría a orientar el siguiente trabajo. La misma sostuvo ¿Cuál es la lectura que se hace desde el psicoanálisis de la epilepsia? De esta manera se abrió la posibilidad de entender a la epilepsia desde algo que iría más allá de lo biológico.

Como pudimos observar al comienzo de esta tesina se plantearon diferentes objetivos que marcarían el camino a seguir. El primero de ellos planteo la necesidad de indagar la enfermedad desde la ciencia médica y la psiquiatría intentando, de esta manera, realizar un primer acercamiento a la temática. Será por esto que para poder responder a éste, se trazó el primer capítulo, que fue dividido en 3 apartados. En el primero de ellos vemos delinear, desde la medicina, los aportes de autores tales como Jorge Asconapé, Henri Ey, entre otros. Allí se desarrolló en primer lugar la definición de la epilepsia que sostiene el autor Jorge Asconapé (2003), quien explica que el término epilepsia se aplica a una variedad de condiciones clínicas caracterizadas por la presencia de trastornos paroxísticos recurrentes denominados crisis epilépticas. Por lo tanto, se puede definir a las crisis epilépticas, dice el mismo autor como *“eventos clínicos transitorios que resultan de una descarga excesiva, hipsincrónica de un grupo de neuronas”*.

En este primer contacto con el tema, se conoció además la amplia trayectoria que presentó esta enfermedad a lo largo de los años, por lo que se consideró necesario realizar un pequeño recorrido de la historia de la epilepsia para conocer como fue evolucionando la manera en la que se entendía a esta enfermedad. Allí pudimos observar que la epilepsia ha presentado una gran evolución, partiendo desde una primera perspectiva mágica, en la que se consideraba a esta enfermedad como una posesión demoniaca, hasta la perspectiva médica en la que hoy se estudia, y la que solo fue posibilitada por los primeros aportes de Hipócrates, que plantearon por primera vez a la epilepsia como una enfermedad del cerebro.

Para seguir avanzando se consideró importante desarrollar otros aspectos fundamentales que permitieron entender cómo se presenta la enfermedad. De esta manera se decidió dedicar un ítem dentro de este capítulo a describir cuales son los signos y síntomas de esta enfermedad descriptos a través de la Organización Mundial de la Salud. Dentro de estos podemos mencionar ausencias o pérdidas de conocimiento, trastornos del movimiento, de los sentidos (en particular la visión, la audición y el gusto), del humor o de la función mental. Otros síntomas de la epilepsia, son mareos, dificultad para hablar, sensación de desconexión con el entorno, rigidez muscular, convulsiones, entre otros.

Por otro lado, y teniendo en cuenta la gran cantidad de clasificaciones existentes de esta enfermedad, se seleccionó la descrita por Jorge Asconapé (2003) para evitar confusiones y poder brindar de esta manera un panorama más claro.

A continuación se planteó la importancia de realizar un acertado diagnóstico, llegando a ser necesaria, en determinadas situaciones, realizar un diagnóstico diferencial con otro tipo de patologías similares.

Como aspecto a destacar de lo investigado desde la medicina, podemos mencionar la aclaración que nos hace esta ciencia en relación a la diferencia que existe entre las crisis epilépticas y la enfermedad de la epilepsia, ya que no debemos olvidar que las crisis epilépticas por sí mismas no son epilepsia, sino que son un síntoma o trastorno motivado por múltiples causas. Es por este motivo que el autor J. Asconapé (2003) nos aclara que, si bien pueden observarse crisis convulsivas en cerebros no enfermos, esto no indica necesariamente que se trate de epilepsia. Esto es así, dice el autor, debido a que las convulsiones pueden deberse a una patología cerebral aguda o una alteración extracerebral. Es decir que solo se podrá diagnosticar la enfermedad de la epilepsia cuando se de una cronicidad de las crisis.

Una vez que se trabajaron los aportes de la medicina a esta enfermedad, se pasó a focalizar sobre el segundo apartado de este primer capítulo, que abordó la epilepsia desde la psiquiatría, para que de esta manera se complete lo que se planteó en el primer objetivo. Allí se consideró oportuno desarrollar temas como por ejemplo la personalidad del paciente epiléptico y sus características. Dentro de esta ciencia, encontramos los importantes aportes de Henri Ey y sus colaboradores (1980) que exponen en su texto Tratado de Psiquiatría, los diferentes estudios que se han realizado para analizar al paciente epiléptico. Dentro de esto es interesante destacar principalmente los estudios fenomenológicos y psicoanalíticos, en los que se utilizó el Rorschach como instrumento de análisis estructural. La autora que así lo utiliza es, F. Minkowska, citada en el libro antes mencionado, quien planteó que en la

estructura de las formas perceptivas, la epilepsia, introduce una tendencia a un impetuoso movimiento de cohesión y aglutinación, en el que se proyecta la tendencia glischroide (del griego: viscoso) del temperamento epiléptico. (Minkowska, 1923 citado en Ey, Bernard, Brisset, 1980)

Del mismo modo podremos ver en este apartado psiquiátrico que al realizarse un estudio analítico de la afectividad del epiléptico, se develo que las crisis representarían una descarga pulsional masiva. Todo esto llevo a que Henri Ey y sus colaboradores (1980) plantearan que la personalidad del epiléptico se carga y se descarga como si fuera una botella de Leyde. Sera por esto que entre las características de personalidad de estos pacientes los autores antes mencionados describen las siguientes: el paciente epiléptico es torpe y pesado, tiene dificultades para pasar de una idea a otra, y está caracterizado por presentar un pensamiento enlentecido. Sera este el que conduce al paciente epiléptico a un verdadero estancamiento que acaba por descargarse en forma de reacciones explosivas. Además de esto pudimos ver que Henri Ey y sus colaboradores (1980) plantearon que las descargas incompletas de la tensión acaban por inducir “la tempestad de movimientos” en una búsqueda de satisfacciones arcaicas, entonces aclara que el sistema pulsional explota en ruptus furiosos. Todo esto conduce, dicen los autores, a una manera particular de vivir de estos pacientes, en la que se ve primero un estancamiento que implica la acumulación de la tensión, que luego es liberada mediante una crisis explosiva.

Será en este mismo apartado que se planteó un pequeño acercamiento de la epilepsia con la neurosis, estableciendo un parentesco entre las crisis convulsivas de la epilepsia y las crisis de descarga histérica. Todo esto posibilitó el desarrollo del tercer y último apartado de este primer capítulo, en el que encontramos planteado un acercamiento entre el psicoanálisis y la epilepsia. Allí se desarrollaron trabajos de autores tales como Jesús Colás Sanjuan y Sándor Ferenczi. Dentro de esto, haremos primero mención a lo planteado por el autor Sanjuan (2001) quien sostuvo que en la epilepsia se ha detectado una conflictiva de extrema dependencia con la madre, cuya relación fusional limita la autonomía y la separación. Esta constituyo una de las perspectivas fundamentales a la hora de realizar el análisis del caso clínico “C”.

Otro de los trabajos aquí citados, fue el de Sándor Ferenczi (1921) quien planteó tras observar centenares de crisis epilépticas, que en ellas se daría una regresión a un estadio organizativo primitivo en el que todas las explicaciones internas son descargadas por vía motriz de la forma más rápida. Además de esto, este autor planteó que el epiléptico se caracteriza por la acumulación y la descarga de afectos desagradables de un modo infantil.

Este autor dice que, además de esto, el epiléptico puede suspender también la relación con el mundo exterior, la conciencia y huir a una forma de existencia puramente “autística”, donde la brecha dolorosa entre el Ego y el mundo exterior aún no se ha producido, dicho de otro modo, la situación intrauterina.

En relación a la personalidad del epiléptico, este último autor dice que en estos sujetos encontramos un ser con impulsos particularmente fuertes y con afectos violentos, que consiguen protegerse durante tiempo de las explosiones mediante un rechazo de sus impulsos, pero que periódicamente, al llegar el momento, libera estos impulsos y los deja desencadenarse con una bestial indiferencia hacia los demás, contra el mundo entero o contra su propia persona. Esta descarga afectiva le proporciona entonces, dice el autor, un apaciguamiento parecido al sueño, cuyo prototipo es la quietud intrauterina o la muerte.

Para seguir avanzando pasaremos a detallar el segundo objetivo planteado en el comienzo. El mismo hace hincapié en la importancia de investigar la temática haciendo un recorrido en diferentes textos de Freud. Así es que se diseñó el segundo capítulo desarrollando en primera instancia la manera en la que explica este autor la estructuración del aparato psíquico. Allí pudimos ver las explicaciones que brindo en su texto Proyecto de Psicología (1950/1988) en relación al funcionamiento del aparato psíquico. Además de esto podemos destacar el esquema del aparato reflejo que toma el mismo autor en el texto la Interpretación de los sueños (1900/2008). Con este esquema planteo que el aparato obedeció primero al afán de mantenerse exento de estímulos, y que este funcionamiento le permitía al aparato descargar inmediatamente una excitación sensible que les llegaba desde fuera o desde el interior, por medio de las vías motrices. Este esquema planteado por Freud en sus comienzos facilitaría la comprensión de como en esta patología se daría la descarga a través del cuerpo.

Luego de esto y teniendo en cuenta lo que sucede en la epilepsia, es difícil comprender como podría conciliarse la aparición de las crisis convulsivas con la existencia del principio de placer. Es por esto que surge la necesidad de desarrollar el tema de la pulsión, entendiendo que en el caso de la epilepsia lo que se vería operar tendría que ver más con la pulsión que con el deseo. Este concepto tan importante en la obra de Freud fue estudiado desde el texto Pulsiones y destinos de pulsión (1915/2012) teniendo en cuenta que allí, el autor la describe como esa energía no ligada que constantemente empuja buscando la satisfacción. Dentro de este tema se consideró oportuno tomar principalmente el concepto de pulsión de muerte desarrollado por este autor, que permitiría comprender mejor lo que estaría en la base de la

epilepsia. Este tipo de pulsión será definida por él, como aquella que tiende a la reducción completa de las tensiones, es decir, a devolver al ser vivo al estado inorgánico.

Teniendo en cuenta lo anteriormente planteado del papel que está cumpliendo la pulsión en la epilepsia, fue necesario dirigirnos a profundizar otro concepto fundamental en Freud, este es: Más allá del principio de placer (1920/1989). Allí pudimos ver que el autor plantea que existen determinadas situaciones que se presentan como contrarias al placer, pero que sin embargo se repiten. Estas tienen que ver con una compulsión de repetición como dice en este texto, y sostiene que tiene que ver con repetir cosas que provienen de lo reprimido inconsciente. Este nuevo concepto abre la posibilidad de pensar que al repetirse las crisis convulsivas en estos sujetos, lo que estaría sucediendo tendría que ver con una compulsión de repetición que dista mucho del principio del placer.

En el paso siguiente fue indispensable desarrollar el complejo de Edipo, y todo lo que este implica, estudiado a partir de textos como Tres ensayos de una teoría sexual (1905/1990), La organización Genital Infantil (1923/1989), El sepultamiento del complejo de Edipo (1924/1989) y Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos (1925/1989). En estos escritos pudimos ir viendo como el niño va atravesando las diferentes etapas que le permitirán, poder realizar una elección de objeto de amor en el futuro. Así mismo pudimos ver que tanto para el niño como para la niña, el primer objeto de amor es la madre, con quien se establece una relación muy particular que solo será modificada en el caso de la niña cuando por efecto del complejo de castración se produzca el cambio de objeto y se dirija al padre. Al dirigirse a él y gracias a la ecuación simbólica, la niña buscara un hijo de él.

A través del recorrido realizado en los textos de Freud, pudimos conocer que dentro de lo que es su obra, él dedica un texto al estudio de la epilepsia a través de un personaje famoso conocido como "Dostoyevsky y el parricidio". Al estudiar este texto pudimos ir observando como el autor comienza a esbozar allí su teoría de la cercanía existente entre las crisis epilépticas y la neurosis.

Dentro del análisis que realiza el autor antes mencionado de la personalidad de Dostoyevsky, encuentra una fuerte pulsión que se dirigió sobre todo, expresa él, hacia su propia persona (hacia adentro, en lugar de hacia afuera) y así se expresó como masoquismo y sentimiento de culpa. Dato muy interesante que le sirvió a Freud para analizar luego la aparición de la enfermedad en este sujeto, y que asimismo permitió en esta tesina un mayor esclarecimiento de lo que podría estar sucediendo con la aparición de la enfermedad en el caso clínico "C", en la que se veía como la pulsión se dirige hacia ella misma.

Un aspecto interesante que pudimos ver en este texto, fue que allí, el autor plantea la posibilidad de que la epilepsia en el escritor Dostoyevsky sólo fuera un síntoma de su neurosis, y que, por tanto, debería clasificarse como histeroepilepsia, vale decir, histeria grave. Así mismo en este texto, el autor expresa algo muy significativo: “si nos guiamos por el aspecto corporal, la génesis primera de esta enfermedad puede deberse a un influjo puramente anímico (terror) o reaccionar en lo sucesivo frente a excitaciones anímicas”. Y agrega además que en esta enfermedad de la epilepsia se puede vislumbrar la identidad del mecanismo de la descarga pulsional que estaría en su base.

Al seguir avanzando en el estudio de este texto, el autor nos agrega otro dato fundamental que nos serviría para el desarrollo de este trabajo, y esto es que según él, la «reacción epiléptica», como puede llamarse a este conjunto, dice el autor, se pone sin duda, también a disposición de la neurosis, cuya esencia consiste en tramitar por vía somática masas de excitación que ella no puede liquidar psíquicamente. El ataque epiléptico deviene así, dice Freud, un síntoma de la histeria. Esto es planteado por él, gracias a la diferenciación que hace entre una epilepsia orgánica y una afectiva, aclarando que en el primer caso, la vida anímica padece de una perturbación de afuera, ajena a ella; en cambio en la epilepsia afectiva, la perturbación es expresión de la vida anímica misma. Esta diferenciación le permitió al autor establecer que en el caso de Dostoyevsky se trataba de una epilepsia afectiva. Por lo tanto podríamos decir que la hipótesis que sostiene en este texto es que los ataques se remontarían muy atrás en la niñez de Dostoyevski, pero que toman la forma epiléptica sólo después, tras aquella vivencia amedrentadora, que fue el asesinato del padre. Aquí vemos esbozar como se explica desde un autor psicoanalítico, la aparición de la epilepsia.

Luego de poder ir construyendo estos pilares fundamentales, pasamos a realizar el recorrido por conceptos fundamentales en la obra de Lacan para completar así el segundo objetivo planteado. De esta manera comenzamos el tercer capítulo desarrollando el concepto de lo que es la constitución subjetiva que plantea este autor. Este tema fue estudiado a partir del seminario XI (1964/2010). En este vimos que el autor realiza la descripción de 2 operaciones fundamentales; éstas son la alienación en primer lugar y la separación en segundo lugar. Allí pudimos conocer cómo es que este sujeto se constituye como tal y como a partir de esto se produce su encuentro con el Otro, más precisamente entre él y el deseo del Otro. Esto solo será posible nos aclara el autor, a partir de que se halla insaturado la falta, que es la que le permitirá al sujeto poder preguntarse por el deseo del Otro. Esto nos condujo a desarrollar luego, la diferencia que plantea el psicoanalista francés entre lo que es la Necesidad, la

Demanda y el Deseo. Para esto, fue necesario dirigirnos a textos como: el seminario V (1958/2003), seminario IV (1957/1994), Los escritos 2 (1958/2011) y a la clase N° 5 de Diana Rabinovich. Lo importante a destacar de todo esto es que solo podrá aparecer el deseo cuando exista un resto, algo que no pudo ser satisfecho entre la necesidad que surgió y lo que el otro interpreta y da. Si esto no es así, no se dará un lugar para que circule el deseo.

Ahora bien, si recordamos lo que se planteó en un principio en relación a las características de la relación fusional existente entre el paciente epiléptico y su madre, veremos que para poder seguir avanzando en esta investigación y encontrar respuestas fue indispensable aquí trabajar lo que Lacan llamo la Función Paterna y analizarla dentro de lo que es la Metáfora paterna descrita por él. Es así como tuvimos que detenernos una vez más en textos como: seminario IV (1957/1994), seminario V (1958/2003) y clase N° 5 de Diana Rabinovich. Allí pudimos ir viendo los significantes implicados en esta metáfora y la importancia que tiene cada uno de ellos para la formación de un sujeto. De esta manera vimos que si bien el deseo materno es indispensable al comienzo de la vida de todo sujeto, no podemos olvidar lo que Lacan nos aclara en relación a este cuando dice en su seminario XVII (1970/2013) que el deseo de la madre no es algo que pueda soportarse como tal, porque siempre produce estragos. Allí mismo, compara a este deseo materno con el hecho de estar dentro de la boca de un cocodrilo. Será por esta situación que resulta preciso, que luego del establecimiento de esa primera relación fusional con la madre, aparezca el tercer elemento importante, que es el padre, más precisamente la función paterna, quien vendrá a incorporar la ley y por lo tanto a ponerle un límite al deseo materno. De esta manera, si bien es necesaria al principio esta relación con la madre, luego deberá sufrir una transformación a partir del ingreso del tercer elemento. Para que esto ocurra Lacan nos aclara que es necesario que la madre redirija su deseo al padre, y de esta manera muestre que puede desear algo más allá de su hijo. Será gracias a esto que podrá correr a este niño de la posición de falo, y le dará así la posibilidad de que también se constituya como un sujeto deseante. Cuando es posible el ingreso del padre, el autor nos aclara que además de él, está ingresando en la relación, la ley del no todo es posible, y así se limitara a este deseo materno. De esta manera se observara que tanto la madre, el padre como el hijo estarán sometidos a la ley, y por ende vemos que en ellos ha operado la castración simbólica que los constituye como sujetos barrados y por lo tanto deseantes.

Al analizar cómo se ha dado la función paterna y la función materna dentro del caso clínico "C", se consideró oportuno dejar aclarado que, si bien la metáfora paterna habría

operado, por tratarse de un sujeto neurótico, ésta lo habría hecho con ciertas fallas. Será a partir de esto que se decidió dejar en claro el concepto de *carencia paterna* utilizado por Lacan en el seminario V (1958/2003) explicando que al hacer uso de este término, no se está hablando de ausencia del padre real, sino de la existencia de ciertas fallas en la función paterna, o como dice el autor, hablar de su carencia en la familia como padre real, no es hablar de su carencia en el complejo.

Con todo lo que se ha podido analizar a lo largo de esta investigación, y teniendo siempre presente la hipótesis que sostiene que “En algunos sujetos que padecen epilepsia, más allá de la base neurológica dada desde la psiquiatría, se establece un vínculo fusional entre madre-hijo, con posibilidades de quedar atrapados en el goce materno”, podríamos decir entonces que en el caso de “C”, además de la base biológicas que implica su padecimiento de epilepsia, se habría establecido un vínculo fusional entre ella y su madre asfixiante, facilitado por la existencia de un padre casi ausente que ha tenido dificultades para poner un límite claro al goce materno, lo que impediría un adecuado desarrollo de la autonomía en la paciente. Ésta situación podría incrementar las posibilidades de que “C” quede atrapada en el goce materno, ya que las fallas en la función paterna dejarían a la paciente a merced del deseo materno.

Por otro lado podríamos inferir que las fallas en la función paterna que implican las dificultades en el establecimiento del límite al deseo materno llevarían a la paciente a usar las crisis convulsivas como un intento de separación con esta madre, para evitar así ser devorada, quedando presa de esta descarga pulsional que implican.

En último lugar, es importante recordar lo que se mencionó al inicio de este trabajo, cuando se planteó que la investigación que aquí se desarrolla surgió como un intento de realizar el estudio de la enfermedad de la epilepsia desde el psicoanálisis, siempre teniendo en cuenta que en ella existe una base neurológica y que al tratarse de una investigación psicoanalítica todo lo que aquí se plantea será aplicable al caso clínico particular que fue estudiado. Sin embargo se considera que esta investigación puede ser un aporte en la temática dejando abierta la posibilidad de ser investigado desde otras diferentes variables.

BIBLIOGRAFIA

- Álvarez González, M.A., Trápaga Ortega, M. (2005/2008). *Principios de neurociencias para psicólogo*. Buenos Aires: Paidós.
- Álvarez, P. (septiembre, 2009). Hacia una clínica del estrago, *Consecuencias Revista digital de psicoanálisis, arte y pensamiento*. Edición N° 3.

Recuperado de:

<http://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/003/template.php?file=arts/aplicaciones/alvarez.html>

- Ajurriaguerra, J. (2001). Epilepsia infantil. En Ajurriaguerra, J *Manual de Psiquiatría infantil* (pp. 541-561). Barcelona: Masson S.A
- Asconapé, J. (2003). Epilepsia. En F. Micheli. *Neurología* (pp. 93-115). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Betta, J. C. (1972). Epilepsia. En J.C. Betta. *Manual de Psiquiatría* (pp. 584-606). Buenos Aires: Albatros.
- Concepto y definición de Epilepsia

Recuperado de:

<http://www.neurowikia.es/content/concepto-y-definicion-de-epilepsia>

- Damasio, A. R. (2006). *El error de descartes*. Barcelona: Critica Ed.
- De Felipe, J. (Mayo, 2002). Aspectos psicológicos en la epilepsia. *Revista de Neurología: 34*, 856-860.

Recuperado de:

<http://www.neurologia.com/pdf/web/3409/m090856.pdf>

- Dylan, E. (2007). *Diccionario Introdutorio de psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.

- Drake, M.; Allegri, R., y Thomson A. (Abril, 2000). Alteración cognitiva ejecutiva de tipo prefrontal en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal mesial, *Medicina*, 60, N°4: 453-456.

Recuperado de:

http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol60-00/4/v60_n_4_p453_456.pdf

- Ey, Henri (1980). Epilepsia. En H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset (Ed.), *Tratado de Psiquiatría* (pp. 294-322). Barcelona: Toray/Masson.
- Ferenczi, S. (1921). A propósito de la crisis epiléptica.

Recuperado de:

<http://www.indepsi.cl/ferenczi/articulos/1921g.htm>

- Fioravanti, Carlos (Noviembre, 2005). Las máscaras de la histeria. *Revista Pesquisa*, 117

Recuperado de:

<http://revistapesquisa.fapesp.br/es/2005/11/01/las-mascaras-de-la-histeria/>

- Freud, S. (1988). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices, orgánicas e histéricas. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras Completas: Sigmund Freud*. (1° reimpresión., Vol. 1, pp. 191-210). Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1893)
- Freud, S. (1988). Proyecto de Psicología. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras Completas: Sigmund Freud*. (1° reimpresión., Vol. 1, pp. 323-389). Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1950)
- Freud, S. (1998). Dostoievski y el parricidio. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras Completas: Sigmund Freud*. (6° reimpresión., Vol. 21, pp. 171-194). Buenos Aires. Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1928)
- Freud, S. (1989). Más allá del principio del placer. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras Completas: Sigmund Freud*. (2° reimpresión., Vol. 18, pp. 1-62). Buenos Aires. Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1920)
- Freud, S. (1989). La organización Genital Infantil (Una interpolación en la teoría de la sexualidad). En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras Completas: Sigmund Freud*. (2° reimpresión., Vol. 19, pp. 141-149). Buenos Aires. Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1923)

- Freud, S. (1989). El sepultamiento del complejo de Edipo. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras Completas: Sigmund Freud*. (2° reimpresión., Vol. 19, pp. 177-187). Buenos Aires. Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1924)
 - Freud, S. (1989). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras Completas: Sigmund Freud*. (2° reimpresión., Vol. 19, pp. 259-276). Buenos Aires. Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1925)
 - Freud, S. (1990). Tres ensayos de teoría sexual. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras Completas: Sigmund Freud*. (5° reimpresión., Vol. 7, pp. 109-223). Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1905)
 - Freud, S. (1990). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras Completas: Sigmund Freud*. (2° reimpresión., Vol. 10, pp. 1-118). (Trabajo original publicado en 1909) Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1905)
 - Freud, S. (2012). Pulsiones y destinos de pulsión. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras Completas: Sigmund Freud*. (15° reimpresión., Vol. 14, pp. 105-134). Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1915)
 - Freud, S. (2008). Sobre la psicología de los procesos oníricos. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras Completas: Sigmund Freud*. (12° reimpresión., Vol.5, pp.504-608). Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1900)
 - Freud, S. (1989). Conferencia 33. La Feminidad. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras Completas: Sigmund Freud*. (1° reimpresión., Vol. 22, pp. 104-125). Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1933)
 - Gastaut, H. (1975). Epilepsias. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires
 - Gastaut, H. Broughton, R. (1974). Ataques Epilépticos, Clínica, Electroencefalografía, Diagnóstico y Tratamiento. Barcelona: Ediciones Toray S.A.
 - Hernández Cervantes, J. Varela Blanco, J. Álvarez Nulo, S. y García, S. (Noviembre, 2010). Hallazgos electroencefalográficos en epilepsia resistente en el Centro Médico Nacional. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 15, N° I, 11-17
- Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47312360003>

- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la investigación. México: Mc Graw-Hill.
- Historia de la epilepsia.
Recuperado de:
<http://www.todosobreepilepsia.com>
- Karlem Zbrun, H; Rodriguez Yurcic, A. L.; Cicutto, A. N.; Funes, M.; Gómez, M.; Granados, E.; Iluminatti, N.; Pérez Iglesias, S.; Núñez, L. y Lublinsky, A. (Septiembre, 2012) Documento sobre el método de investigación en Psicoanalítico. Articulaciones con el método genealógico de Foucault. Instituto de investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua.
- Lacan, J. (1994) Del complejo de Edipo. En J. Granica (Ed.) y E. Berenguer (Trad.). El seminario de Jacques Lacan: Libro 4: La relación de objeto (pp. 201-216). Buenos Aires: Ediciones Paidós. (Trabajo original publicado en 1957).
- Lacan, J. (1994) Del complejo de Castración. En J. Granica (Ed.) y E. Berenguer (Trad.). El seminario de Jacques Lacan: Libro 4: La relación de objeto (pp. 217-232). Buenos Aires: Ediciones Paidós. (Trabajo original publicado en 1957).
- Lacan, J. (2003). La metáfora paterna. En J. Granica (Ed.) y E. Berenguer (Trad.). El seminario de Jacques Lacan: Libro 5: Las formaciones del inconsciente (pp. 165-183). Buenos Aires: Ediciones Paidós. (Trabajo original publicado en 1958).
- Lacan, J. (2003). Los tres tiempos del Edipo. En J. Granica (Ed.) y E. Berenguer (Trad.). El seminario de Jacques Lacan: Libro 5: Las formaciones del inconsciente (pp. 185-202). Buenos Aires: Ediciones Paidós. (Trabajo original publicado en 1958).
- Lacan, J. (2003). Los tres tiempos del Edipo II. En J. Granica (Ed.) y E. Berenguer (Trad.). El seminario de Jacques Lacan: Libro 5: Las formaciones del inconsciente (pp. 203-219). Buenos Aires: Ediciones Paidós. (Trabajo original publicado en 1958).
- Lacan, J. (2011). La significación del falo. En T. Segovia (Trad.) Jacques Lacan Escritos 2 (2ª reimpresión, pp. 653-662). Buenos Aires: Siglo Veintiuno. (Trabajo original publicado en 1958).

- Lacan, J. (2011). La dirección de la cura y los principios de su poder. En T. Segovia (Trad.) Jacques Lacan Escritos 2 (2° reimpresión, pp. 559-615). Buenos Aires: Siglo Veintiuno. (Trabajo original publicado en 1958).
- Lacan, J. (2010). El sujeto y el otro: la alienación. En J. Granica (Ed.) y J. L. Delmont-Mauri y J. Sucre (Trad.). El seminario de Jacques Lacan: Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. (pp. 211-223). Buenos Aires: Ediciones Paidós. (Trabajo original publicado en 1964).
- Lacan, J. (2010). El sujeto y el otro II: la afanisis. En J. Granica (Ed.) y J. L. Delmont-Mauri y J. Sucre (Trad.). El seminario de Jacques Lacan: Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. (pp. 224-237). Buenos Aires: Ediciones Paidós. (Trabajo original publicado en 1964).
- Lacan, J. (2013). Edipo, Moisés y el padre de la horda. En J. Granica (Ed.) y E. Berenguer y M. Bassols (Trad.). El seminario de Jacques Lacan: Libro 17: El reverso del psicoanálisis. (pp. 107-124). Buenos Aires: Ediciones Paidós. (Trabajo original publicado en 1970).
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (2007). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Lublinsky, A (2014). Guía para la realización de citas y referencias bibliográficas en psicoanálisis según las normas de la American Psychological Association (A.P.A). Documento de la cátedra Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua.
- Morosini, I. (Julio, 2006) Vincularidad simbiótica filial: El infans capturado por el deseo y el discurso materno. *Psicoanálisis & Intersubjetividad*, 1.
Recuperado de:
<http://www.intersubjetividad.com.ar/website/articulo.asp?id=162&idd=1>
- Páramo, M. A. (2012) Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- Pastor, J, Uzcátegui Y.G., Gal-Iglesias B., Ortega G.J, Sola R.G., Menéndez de la Prida L., (Junio, 2006) Bases fisiopatológicas de la epilepsia del lóbulo temporal: estudios en humanos y animales. *Revista de Neurología*, 42, N°11, 663-673.

Recuperado de:

<http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2006142>

- Pellegrini, M. B, (2004). Epilepsia. Adaptación psicosocial del enfermo. Tesina para optar al Título de Licenciatura en Psicología, (no publicada), Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.

- ¿Qué es la epilepsia?

Recuperado de:

<http://www.apicepilepsia.org>

- Rabinovich, D. Clase de cátedra N° 1: La clínica y su racionalidad, el rigor ético, la regla fundamental, la transferencia, lo imaginario, lo simbólico y lo real. Manuscrito no publicado, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Argentina
- Rabinovich, D. Clase de cátedra N° 4: Lo Real. Manuscrito no publicado, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Argentina
- Rabinovich, D. Clase N° 5. Manuscrito no publicado, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Argentina
- Rolon, G. (2013). Palabras Cruzadas. Buenos Aires: Booket
- Sanjuan, J. C. (2001). Acercamiento psicoanalítico a la epilepsia infantil. *Sepypna. Revista 31-32*, 141-171

Recuperado de:

<http://www.sepypna.com/articulos/acercamiento-psicoanalitico-epilepsia-infantil/>

- Torres Torija, J. (Febrero, 1999). El Goce de la Histérica, un Caso de Relación Simbiótica. *Revista electrónica de psicología Iztacala. Volumen 2, N°1*

Recuperado de:

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/22834/21559->