

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**

Facultad de humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

**Título:** Análisis de la admisión de una paciente con conductas autodestructivas en una institución psicoanalítica.

Alumna: María Teresa Anastasia Beunza

Tutor: Lic. Marcos Mustar

Fecha: 13 de julio del 2020

## Índice

1. Introducción .....	2
2. Objetivos.....	3
2.1. Objetivo General .....	3
2.2. Objetivos específicos.....	3
3. Marco Teórico.....	3
3.1. Psicoanálisis según algunos autores.....	3
3.2. Motivo manifiesto de consulta y Motivo Latente.....	4
3.3. Relación entre autoagresión y sadismo-masoquismo.....	6
3.3.1. Pulsión.....	7
3.3.2. Autoagresión.....	10
3.3.2.1. El cuerpo.....	10
3.3.2.2 Autolesión.....	12
3.3.3. Sadismo y Masoquismo.....	13
3.4. Analizabilidad.....	17
3.4.1. Relación entre admisión y analizabilidad.....	17
3.4.1 Condiciones de Analizabilidad en una Institución.....	20
4. Metodología.....	21
4.1. Tipo de estudio.....	21
4.2. Participantes.....	21
4.3. Instrumentos.....	22
4.4. Procedimiento.....	22
5. Desarrollo.....	22
5.1. Presentación del caso.....	23
5.2. Objetivos Específicos.....	23

5.2.1. Describir los motivos manifiestos de consulta y los motivos latentes...	23
5.2.2. Analizar la relación entre autoagresión y los conceptos psicoanalíticos de sadismo y masoquismo.....	26
5.2.3. Analizar si la paciente cumple con los criterios de analizabilidad de la institución.....	30
6. Conclusión.....	34
7. Referencias bibliográficas.....	38

## **1. Introducción.**

El presente trabajo final integrador se confeccionó a partir de la experiencia realizada en una institución psicoanalítica, en el marco del cumplimiento de la Práctica y Habilitación Profesional V de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo.

Las actividades realizadas en esta institución de terapia y docencia en psicoanálisis abierta a la comunidad, tienen como objetivo investigar la clínica psicoanalítica y los conceptos fundamentales que de ella devienen.

Se realizan dos tipos de instancias, la presencia de los pasantes en las entrevistas de admisión en calidad de oyentes, y la participación en espacios de capacitación teórico-clínicos grupales donde se adquieren herramientas para la práctica clínica cotidiana. La modalidad utilizada incluye, investigar con el docente-profesional del equipo de admisión la clínica psicoanalítica, por medio de los testimonios de los pacientes en las entrevistas de admisión.

En el marco de estas actividades, se buscó describir y analizar los motivos manifiestos y latentes de consulta en la admisión de una paciente de 31 años con conductas autodestructivas, su relación con los conceptos psicoanalíticos de sadismo y masoquismo, y el cumplimiento de las condiciones de analizabilidad de la paciente en una institución psicoanalítica, objetivos que surgieron por el interés despertado en la implementación del psicoanálisis en el marco de una institución, en pacientes con conductas autodestructivas.

## **2- Objetivos.**

### **2.1. General.**

Analizar el motivo manifiesto de consulta y los motivos latentes inferidos, de una paciente de 31 años con conductas autodestructivas, su relación con los conceptos psicoanalíticos de sadismo y masoquismo, y el cumplimiento de las condiciones de analizabilidad de la paciente en una institución psicoanalítica.

### **2.2. Específicos.**

1. Describir el motivo manifiesto de consulta de la paciente y los motivos latentes inferidos en la entrevista de admisión.

2. Analizar la relación entre autoagresión y los conceptos de sadismo y masoquismo según el modelo psicoanalítico.

3. Analizar si la paciente cumple con los criterios de analizabilidad de la institución para acceder al tratamiento psicoanalítico.

### **3.Marco Teórico.**

#### **3.1. El Psicoanálisis según algunos autores**

Según Freud (1922) creador del psicoanálisis, este constituye al mismo tiempo un instrumento de investigación, un método terapéutico y una teoría psicológica, que mantienen entre sí una relación dialéctica. Tiene como característica una correspondencia inseparable entre la cura e investigación, conjunción ésta, que se da siempre.

Lacan (1954) por su parte, enfatiza que el psicoanálisis es sus conceptos. Más tarde se refiere al mismo no como una cosmovisión ni como una filosofía, sino que lo define por una concepción nueva de sujeto que lo plantea en dependencia significativa. Para él, el psicoanálisis, debería ser la ciencia del lenguaje habitado por el sujeto (Lacan, 1997).

Para Valls (2004) no se puede aceptar la separación del psicoanálisis como método de la metapsicología, ambos están firmemente entrelazados y se dirigen hacia un mismo lado, uno relacionado a la práctica clínica, y el otro a la organización y fundamentos teóricos de esa práctica. Para él la metapsicología muestra un modelo de funcionamiento del alma humana. Por otro lado, la teoría no surge únicamente del razonamiento lógico, sino de la interpretación, comprensión, organización y, en sus formas generales, de la universalización de las experiencias clínicas, pero al mismo tiempo teniendo en cuenta la individualidad particular de las mismas, otorgándoles un sentido coherente, al poder incluir de este modo, la explicación de los fenómenos psíquicos articulados a una teoría de la psique.

#### **3.2. Motivo manifiesto de consulta y motivo latente.**

Considerando el marco psicoanalítico y los objetivos del presente trabajo, se estima fundamental definir a través de las conceptualizaciones de diferentes autores, comenzando por el creador del psicoanálisis, los conceptos de contenido manifiesto y contenido latente del

sueño, que por extensión se trasladan, al motivo de consulta, en cuanto a todo lo relatado por el paciente en la sesión, y al motivo latente, como el contenido que se intenta descifrar a través del proceso psicoanalítico (Laplanche-Pontalis, 1967; Valls, 1997). Cabe destacar que los mismos son utilizados por Freud (1900), asociados al sueño, al que define como una vía regia hacia el inconsciente. Una vía tan importante para él, que lo lleva a considerar que para convertirse en analista es necesario analizar los sueños propios (Freud, 1913).

En cuanto al contenido manifiesto y al contenido latente, Freud (1915-1917), se refiere a ellos utilizando un paralelismo entre la fachada de una iglesia y su limitada relación con la estructura y cimientos. Considera que el contenido manifiesto del sueño esconde a través de la deformación onírica al contenido latente, el que puede ser discernido mediante el trabajo de interpretación, pero al mismo tiempo dice que los pensamientos del sueño (lo latente) y el contenido del sueño (lo manifiesto), se presentan como dos formas del mismo contenido en dos idiomas distintos, es decir, el contenido del sueño aparece como una transferencia a otro modo de expresión, de los pensamientos del sueño. El contenido del sueño por otra parte, se da en una escritura en imágenes, cada uno de cuyos signos deben traspasarse al lenguaje de los pensamientos del sueño, y es el conjunto de imágenes oníricas tal como surgen de la conciencia del sujeto al despertar (Freud, 1900). En su elaboración interviene la concretización o dramatización, actividad psíquica que se produce porque en los sueños no existen pensamientos abstractos, sino solamente imágenes concretas que son la expresión de aquellos, siendo ésta la transformación esencial en la elaboración del sueño (Garma, 1963).

Freud (1914) afirma también, que el sueño es siempre la satisfacción alucinatoria de un deseo inconsciente reprimido a través de los pensamientos latentes, y con ayuda de una comparación explica el vínculo presente entre éstos y el deseo inconsciente. El sueño es según el creador del psicoanálisis, como una empresa comercial en la que intervienen dos socios distintos, por un lado el socio industrial, es decir los restos diurnos, que suministra la idea a la empresa, y el socio capitalista, que es el deseo inconsciente reprimido. Cada uno necesita al otro. Sobre este tema, señala más adelante, que aquello que se repite se encuentra relacionado con lo reprimido que se ha abierto paso. Esta relación biunívoca es el tema fundamental del psicoanálisis, que como disciplina científica se propone entender cómo se articulan estas dos realidades (Abadi, 1960).

De esta manera el contenido latente refiere a la cantidad de asociaciones, ocurrencias, recuerdos, pensamientos, que a partir del contenido manifiesto expresa el paciente, tiene mayor extensión que este último, conformando dicho contenido manifiesto después de haberse condensado en el inconsciente. Del análisis y reelaboración del contenido latente se llega al significado, por lo que a este significado que era inconsciente puede llamárselo contenido latente, aunque en realidad lo latente corresponde a pensamientos preconscientes a partir de los cuales el analista puede llegar a los deseos inconscientes reprimidos. Para lograr esto último, es necesario cumplir con la regla fundamental del psicoanálisis, es decir, el paciente debe dejarse llevar por las ideas que surgen a partir del contenido manifiesto, quitando la investidura de atención a la censura consciente (Valls, 1997).

Ahora bien, el contenido latente de un sueño, de una fobia, de una compulsión o de un delirio, se construye con elementos preconscientes, aunque su atributo es el núcleo de situaciones pertenecientes al sistema inconsciente y para definirlo es necesario realzar la condición de reprimido, y luego de inconsciente, que tiene determinada situación psíquica (Abadi, 1960).

Finalmente Laplanche-Pontalis (1967) definen al contenido latente como un conjunto de connotaciones a las que se llega una vez dilucidado el sueño, hecho lo cual, éste no aparece ya como imágenes sino como un discurso que expresa deseos. Por extensión, puede entenderse como los contenidos develados en el análisis, y está formado por restos diurnos, rememoraciones infantiles, situaciones transferenciales, etc., es decir es la expresión del deseo o deseos inconscientes que es descifrada en el proceso psicoanalítico y se presenta en contraposición con el contenido manifiesto, siendo éste la versión falaz del mismo contenido. El contenido latente es anterior al manifiesto, siendo el trabajo del sueño el que transforma el uno en el otro. Sin embargo el análisis no puede descubrirlo todo, quedando con frecuencia un punto ciego, llamado el ombligo del sueño. Por otro lado, el contenido manifiesto es cómo se designa al sueño antes de haber sido analizado, es decir tal cual lo narra el sujeto y es el producto del trabajo del sueño características estas que se extienden a todo el discurso relatado por el sujeto, que es el que se intenta interpretar a través del método analítico.

### **3. 3. Relación entre autoagresión, sadismo y masoquismo.**

### 3.3.1. Pulsión.

El corte de Freud (1915) respecto a toda psicología es su metapsicología, desde donde se reordena su clínica con un concepto fundamental en su teoría, el de pulsión. La teoría pulsional está en la base del pensamiento freudiano, plantea que la pulsión es un concepto límite entre lo anímico y lo somático y que es un representante psíquico del interior de nuestro cuerpo. En este sentido Lacan (1975) da una definición de pulsión refiriéndose al cuerpo y a su sensibilidad a la palabra, comparándola con un eco que se produce en el cuerpo debido a la existencia de un decir.

Ahora bien, Freud (1915) se refiere a la pulsión como un estímulo pulsional que actúa por necesidad y se cancela cuando se satisface, modificando adecuadamente la fuente interior del mismo. Reconsidera en algunos aspectos los términos de la pulsión presentados inicialmente, objeto, fuente y meta, a la vez que retoma las consideraciones sobre el cuarto término de la pulsión, el esfuerzo, con el fin de bosquejar sus variaciones entre dos áreas: lo somático y lo psíquico. El objeto de la pulsión, que es el aspecto más variable, es algo que debe ser construido, no está unido originalmente con ella, sino que surge para posibilitar la satisfacción. Por otro lado, la meta es siempre la satisfacción, sin embargo, sucede que aunque la meta de la pulsión es invariable, puede referir tanto a una satisfacción en el sentido abstracto, como también en el sentido más característico, por ejemplo el placer de órgano de la pulsión oral, lo cual sirve de registro para discernir las pulsiones autoeróticas de las pulsiones orientadas hacia un objeto. También postula que una pulsión puede presentar varias metas distintas incluso de las acciones-meta originarias como es el caso de la sublimación.

Por otra parte el factor motor de la pulsión, la suma de fuerza, o la medida de la exigencia de trabajo que ella representa, son denominaciones que refieren al esfuerzo de la pulsión, mientras que la fuente de la misma, se define por un proceso somático, de origen físico o mecánico, que se traduce en la vida psíquica por la pulsión y que sólo se conoce por el cumplimiento de la meta pulsional (Freud, 1915).

En cuanto a destinos de la pulsión serán dos, además de la represión y de la sublimación, los que actúan cuando se trata del par sadismo-masochismo, a saber, el trastorno hacia lo contrario y la vuelta hacia la persona propia, que serán correlativos al proceso de advenimiento de la sexualidad y a los momentos constitutivos del Yo y estarán sellados bajo

la rúbrica del estadio narcisista. El trastorno hacia lo contrario por su parte, presenta dos procesos, un proceso que constituye la vuelta de la pulsión de la actividad a la pasividad y que atañe a la meta de la pulsión, conocido por los pares de opuestos sadismo-masoquismo y exhibicionismo-voyeurismo; y el segundo que consiste en el trastorno en cuanto al contenido, que se da por la mudanza del amor en odio. La vuelta hacia la persona propia, en cambio, conduce al cambio de objeto, sea a otro sujeto, sea a la persona propia, pero manteniendo inalterada la meta (Freud, 1915).

El circuito de la pulsión opera según Freud (1915) en tres momentos: apropiarse, apropiarse, ser apropiado. El primero se trata de una acción originalmente sádica, una afirmación de poder hacia un objeto (no-yo), que en un segundo momento cambia de fisonomía, pasa a ser el yo-propio. Produce, además, el cambio de meta, y de esta forma el sujeto finaliza el circuito identificado con la figura del sufridor. El segundo momento es observable en la neurosis obsesiva, donde la pulsión sádica se detiene ahí y vuelve hacia la persona propia sin la pasividad hacia una nueva. El tercer momento es el del masoquismo como reversión del sadismo hacia la persona propia. En el primer momento, esta pulsión busca dominar al objeto mediante la humillación y el sojuzgamiento, los que se encuentran ligados con otra meta, el producir dolores, que es la que les concede el matiz sexual.

Sin embargo esto no sucede con las iniciativas crueles de la infancia, donde el producir dolor no cumple ningún papel entre las acciones-meta originarias de la pulsión porque el niño no dispone de recursos para simbolizar o erotizar la proposición dirigida hacia otro sujeto, motivo por el cual no es su intención el causar dolores, pero una vez que se produce el pasaje al masoquismo, los dolores sirven para proporcionar una meta masoquista pasiva, pues se puede suponer que también las sensaciones de dolor, así como otras sensaciones de displacer, rebalsan de la excitación sexual y producen un estado placentero que autoriza a admitir un displacer del dolor (Freud, 1915).

Del advenimiento de lo sexual a partir de la excitación sexual que acompaña al dolor, teniendo en cuenta que no se goza con el dolor propiamente dicho, sino con la excitación sexual con que se encuentra asociado, se extiende el sadismo convertido ahora en placer sexual en causar dolor. Es a partir de este masoquismo fundacional que el sádico goza sexualmente, puesto que la meta placentera se encuentra en la identificación con el que sufre, situación que muestra la correspondencia entre la aparición de la magnitud fantasmática y de

la sexualidad con la experiencia del dolor psíquico, y pone en una misma serie la relación entre libido y crueldad (Freud, 1915).

En este sentido, Nasio (1998) postula que el dolor en la pulsión sadomasoquista aparece al cabo de tres tiempos definidos según las formas gramaticales del verbo que indica la acción de la pulsión y como se trata de la pulsión sadomasoquista, el verbo es “atormentar” y los tres tiempos serán, en consecuencia: “atormentar”, “ser atormentado” y “atormentarse a sí mismo”. El dolor aparece al final del tercer tiempo y estos tres tiempos de la pulsión se suceden según dos de los cuatro destinos de la pulsión: la vuelta que atañe a la fuente y el trastorno hacia lo contrario que compete a la meta. Los tiempos de “tormentos” y el tiempo “de atormentarse a sí mismo” serían el aceptar que tanto los significantes pulsionales del otro como también la propia pulsión vuelta sobre nosotros, al afectarnos profundamente, deviene básicamente masoquista.

Volviendo al creador del psicoanálisis, cuando los destinos pulsionales agresivos se dirigen contra sí mismo sin necesidad de objeto, se habla de autocastigo o automartirio, que es una etapa intermedia de la transformación de sadismo en masoquismo para la que no se necesitará la presencia de un objeto que haga las veces de sujeto sádico. El autocastigo va más allá que el auto reproche, pues implica acción, pero está antes del masoquismo, que requiere la presencia de un objeto sádico. Ahora bien, para explicar cómo es posible que la pulsión de muerte se dirija contra sí mismo, la formulación del narcisismo es necesario, pues aquello a lo que se está agrediendo no es sólo a sí mismo como sujeto sino a aquel internalizado (Freud, 1917).

Freud (1920) reordena su teoría de las pulsiones y explica formalmente la hipótesis de una pulsión de muerte a través de los indicios de la repetición en su clínica, la contrapone a la pulsión de vida y de esta manera forma una dualidad, en donde basará toda la teoría pulsional diciendo que así como hay una tendencia a la vida, hay una inclinación a lo inanimado a través de la pulsión de muerte, que busca regresar a lo inorgánico, a la pura cantidad, rechazando la cualidad. El fenómeno que se origina es el llamado compulsión a la repetición.

Más tarde explica que la pulsión de muerte queda librada en una pequeña proporción en el aparato psíquico como masoquismo erógeno primario, otra parte se expulsa hacia el exterior como agresión y por último, ésta misma en parte a través del Super Yo, retorna al

aparato psíquico, produciendo fenómenos como el masoquismo moral, el sentimiento inconsciente de culpa y otros. Precisa además tres conceptos fundamentales que señalan la dirección de su pensamiento en torno al masoquismo; en primer lugar el masoquismo es producto de la pulsión de muerte, que forma un par Eros-Tánatos, cuando se une de modo imperfecto a la libido, al no tener éxito su ligadura con Eros. En segundo lugar, el masoquismo es primario en relación al sadismo, y finalmente, el masoquismo secundario, resulta de la introyección y el subsiguiente retorno al estado anterior. La pulsión agresiva cuando se dirige hacia la propia persona, se materializa en agresión al psiquismo del sujeto, y se evidencia en pensamientos, recuerdos, fantasías o actos que llevan a la pérdida de la estima, del concepto de sí mismo y en lesiones al propio cuerpo, pudiendo llegar en los casos más graves a ideaciones, intentos suicidas y suicidio propiamente dicho (Freud, 1924).

Finalmente expresa que la existencia de una estructura pulsional básicamente masoquista, también llamada de muerte o destructora desencadenada por las pulsiones a las que se ha renunciado, generando en un principio angustia ante la conciencia moral, pero que luego se invierte y ante cada renuncia pulsional deviene una nueva dinámica que la aumenta, es el malestar, el precio que tiene que pagar el individuo por la represión de los instintos. Desde este punto de vista, la sublimación aparece como una forma refinada de la represión instintiva, ya que representa un sojuzgamiento instintivo del que el individuo se enorgullece y que además la sociedad premia. También afirma que cuando pulsión es reprimida sus componentes libidinosos devienen en síntomas y sus componentes agresivos en sentimientos de culpa (Freud, 1927-1931).

### **3.3.2. Autoagresión.**

#### **3.3.2.1. El cuerpo.**

Para el psicoanálisis, el cuerpo ha tenido un lugar protagónico, Freud (1893-1895) relata el caso de una paciente, Anna O, cuya conducta puede tomarse según él como característica en la mayoría de los histéricos, quienes presentan síntomas corporales que representan padecimientos cuya causa no es fisiológica. Otro ejemplo de la importancia que le otorga, es el concepto de pulsión como representante psíquico de lo somático (Freud, 1915). En este sentido se considera relevante explorar los cambios en cuanto la concepción

del cuerpo a través de las posturas de algunos autores para comprender la trascendencia que tiene en este marco.

Para comenzar, el filósofo moderno Descartes (1637), se refiere al alma, *res cogitans*, como una sustancia pensante, la parte racional, perceptiva y cognoscente; y al cuerpo, *res extensa*, como extensión física, sede de sucesos mecánicos, que puede realizar distintas funciones y movimientos con independencia del alma.

Este concepto cartesiano del cuerpo es objetado por Nietzsche (1908), quien le otorga mayor trascendencia en detrimento del alma, que queda de esta manera signada como una simple idea, y no sólo deja de ser inmortal, sino que muere antes que el cuerpo. Sin embargo, éste, aunque ahora tiene un lugar preponderante, puede ser objeto de los ataques del alma, la que se convierte de esta forma en un peligro para la humanidad porque es capaz de debilitar el cuerpo, es decir, la vida. Desde el comienzo niega la inmortalidad del alma y otorga al cuerpo una importancia fundamental, lo considera incluso despegado de la misma, colocándose de esta manera en una postura desafiante a la tradición filosófica. Para él, el Yo no sólo habla del cuerpo sino que quiere al cuerpo (Nietzsche, 1883).

Sin embargo Freud (1895) va más allá, y da un giro a la concepción filosófica tradicional del cuerpo cuando sostiene la existencia de una reciprocidad entre lo anímico y lo corporal, y concibe conceptos, como los de pulsión, síntoma y específicamente la conversión histérica que muestran esta relación estrecha entre lo físico y lo psíquico.

Merleau-Ponty (1945) por otra parte, considera que el cuerpo es uno de los objetos de este mundo y también idea en la palabra, es decir que es un concepto expresado además de una realidad objetiva, y siempre está atravesado por el lenguaje y los pensamientos. El cuerpo es el vehículo del ser-del-mundo, y el alma, es a través del cuerpo, llegándose a borrar incluso la frontera entre lo físico y lo psíquico. El alma puede a través del cuerpo, salir de la abstracción y ser de forma concreta en el mundo. Habla también de éste como seccionado por la mirada, en espejo, con zonas erógenas y con una función similar a la palabra y aún mayor, ya que es un vehículo a través del cual se expresa en cada momento la existencia.

Contemporáneo a Ponty, el psicoanalista Lacan (1974) plantea una teoría del cuerpo basada en tres registros: lo real, lo simbólico y lo imaginario, inseparables entre sí y que conforman un nudo borromeo, analogía que utiliza para explicar la imposibilidad de

disociación de los tres. Para él la vida es un cuerpo que goza. En cuanto al cuerpo de lo real, se explica por no tener sentido, lo real es el misterio del inconsciente y es un cuerpo que habla, es decir, el que puede surgir a través de síntomas, lapsus o sueños, que muestran la aparición del aspecto real del cuerpo. Por otro lado el cuerpo de lo simbólico es el que posibilita la aparición del sujeto, es el nombrado y alienado en el lenguaje, y el que permite la aparición del mismo en el intercambio simbólico por el cual se vincula con los otros. Por último para hablar del cuerpo de lo imaginario, se debe considerar que lo real y lo imaginario actúan en el mismo nivel y para explicarlo utiliza como ejemplo la imagen que se ve en un espejo, tomando en cuenta que éste es un vidrio y que quienes se miran en él, ven su propia imagen pero también los objetos que están más allá, de modo tal que hay una superposición entre ciertas imágenes y lo real (Lacan, 1978).

Siguiendo con estos conceptos, para Nasio (1992) hay tres estatutos de cuerpo, el cuerpo sexual, el cuerpo hablante y el cuerpo imaginario. Desde el primer estatuto, no existe un cuerpo total sino que siempre es una parte, es decir es el goce acumulado en esa parte. Hay que tomar en cuenta que el goce es siempre sexual porque aspira a un fin ideal sexual y por lo tanto todo lo sexualiza, tanto una acción, una palabra, un fantasma o un órgano preciso del cuerpo que se hizo erógeno. El cuerpo hablante por otra parte, es un cuerpo tomado como un conjunto de elementos significantes y no un cuerpo orgánico. Cuando alude al cuerpo imaginario, se refiere a que el cuerpo es además una imagen que devuelve el otro, es decir es un cuerpo que se identifica a una imagen exterior y que despierta un sentido en un sujeto.

Se puede afirmar según lo expuesto y a modo de conclusión que el cuerpo que aborda el psicoanálisis es el erógeno, el que está regido por la lógica del inconsciente en las neurosis, siendo afectado en sus funciones para servir de representación al significante (Peskin, 2005).

### **3.3.2.2. Autolesión.**

En este apartado se pretende el análisis, desde una perspectiva metapsicológica, de la autolesión, por lo que se considera fundamental referirse a Freud (1901) quien señala que en la mayor parte de los individuos existe una tendencia a la autoaniquilación. Para él las autolesiones surgen de la relación entre la pulsión de autoaniquilación y las fuerzas que se le oponen, predisposición que como una inclinación inconsciente ya estaba presente, inclusive

cuando se llega al suicidio. También añade que uno de los elementos que caracterizan a la autolesión tiene como búsqueda una reparación. Más adelante afirma que no sólo en la paranoia, sino en la melancolía, los autorreproches son en realidad dirigidos al objeto perdido, al que el sujeto se ha identificado narcisísticamente, proyectándolo sobre su propio yo y sufriendo por lo tanto la ira que estaban reservada a aquel (Freud, 1916).

Es importante tener en cuenta también, que desde un principio Freud (1905) define a la piel como un obstáculo anti estímulos, origen y emplazamiento de sensaciones placenteras y dolorosas. Señala además que el Yo es ante todo un Yo corporal y no tan sólo un ser de superficie, sino la proyección de una superficie (Freud, 1923). En este sentido se considera a la piel, como una zona erógena que actúa como un muro para la inscripción de estímulos que pueden ser traumáticos, por exceso o por defecto, y que funcionan como un sello, como una heráldica (Peskin, 2013).

Por otra parte, el corte en el cuerpo representa lo real, la calma, el escaparse de aquello que no se puede aceptar ni digerir. La sangre que fluye de los cortes actúa como un drenaje del sufrimiento que produce que las personas que se realizan cortes en la piel se sientan aliviadas al ver salir la sangre. Estas heridas funcionan para ellos como un acto de pasaje, que les permite de alguna manera expresar y domeñar de a poco el sufrimiento que muchas veces los sobrepasa (Le Breton, 2017). Este acto, que se presenta en el sujeto tiene un contenido inconsciente simbólico que no puede ser verbalizado y que se consume a través de conductas encaminadas a llevar un mensaje orientado a otro, es denominado por Lacan (1962-1963) *acting out*.

Para finalizar, considerando que las autolesiones tienen que ver con el cuerpo resulta relevante mencionar el concepto de “cuerpo sufriente”, en el que el dolor y las marcas constituyen la única vía para hacer un emblema narcisístico, y que es explicado por Anzieu (2007). Para este autor, la función de la piel es de un significante formal, concepto derivado de la forma, es un contenedor que da forma al cuerpo y está muy ligada al narcisismo a través del cual se acarrea la energía psíquica hacia sí mismo.

### **3.3.3. Sadismo y Masoquismo.**

Desde el punto de vista del término, la palabra masoquismo proviene del nombre del novelista austríaco von Sacher-Masoch y el término sadismo, del escritor francés Donatien, marqués de Sade, personajes que presentaron en sus novelas y en su vida rasgos perversos. Estas descripciones clínicas fueron hechas por los sexólogos Krafft y Havelock Ellis. A partir de acá arranca la noción psicoanalítica sobre el masoquismo, el que se define según Garma (1981), por el sometimiento, la humillación y el padecer de un sujeto bajo otras persona en conexión con su satisfacción sexual y que el mismo autor relaciona además con circunstancias que han dañado al sujeto en su desarrollo y que persisten en él (Garma, 1960).

Freud (1905) utiliza por primera vez estos conceptos, afirmando que el sadismo y el masoquismo son dos vertientes de una misma perversión, cuyas formas activa y pasiva se hallan en proporción variable en el individuo y donde el masoquismo no es más que el sadismo vuelto hacia la propia persona, quien hace las veces de objeto sexual.

Más tarde continúa con estas postulaciones pero da un paso más adelante en torno a la pulsión, en cuanto su fin y objeto. Sin embargo sigue manteniendo firme la idea de que la causa principal de estos desórdenes clínicos es una problemática de la pulsión, que al tomar nuevas direcciones y sufrir desviaciones y trasposiciones de su objeto desembocará tanto en los cuadros del sadismo como del masoquismo. Al referirse a la pulsión afirma que ésta, por variados motivos, cambia su rumbo natural, que es dirigirse al mundo exterior en busca de un objeto, en cambio vuelve al propio cuerpo para recaer en el mismo sujeto, instituyendo de esta manera el masoquismo. Otro aporte importante es el que se refiere a la participación del narcisismo como peculiaridad básica y determinante de la cualidad e intensidad que tendrá el proceso masoquista, concepto que recién se puede hacer evidente luego de 1914, fecha en que describe por primera vez el amor hacia sí mismo, es decir el tomar al propio cuerpo como si se tratara de un objeto sexual. Adjudica al narcisismo una participación trascendente, pues considera que de él dependerá la facilidad con que se desarrollen los cambios de dirección de la pulsión, tanto si vuelve o no sobre sí misma, como si la pulsión de amor se convierte en su contrario. Cuando se refiere al cambio del fin de la pulsión, propone una división, pues por un lado observa que la pulsión que actúa con un fin pasivo, estático, regresa sobre sí mismo, y por el contrario, si actúa con un fin activo, va en búsqueda de un objeto externo. Por otra parte, destaca el papel de la identificación con el objeto que sufre tanto en el masoquismo

como en el sadismo, cuando dice que al infringir dolor a otros, se interviene masoquísticamente en la identificación con el sufriente (Freud, 1915).

En 1919 si bien sigue manteniendo que el masoquismo es una manifestación proveniente del sadismo que vuelve del objeto al Yo, es decir, masoquísticamente secundario, hace importantes aportaciones al tema. Explica algunas formas de masoquismo como resultado de un complejo proceso vinculado con la relación con el padre. Señala que el sentimiento de culpa vinculado con la problemática edípica y una búsqueda regresiva de la gratificación sexual con el padre encuentra su expresión en las conductas masoquistas. Describe también como la libido se enfrenta al instinto de muerte que trata de destruir al organismo multicelular, lo hace desviándolo en parte hacia afuera a través del aparato muscular contra los objetos del mundo, bajo la forma de instinto destructivo, de dominio o voluntad de poderío; otra parte queda al servicio de la función sexual como sadismo propiamente dicho; otra parte permanece en el interior del organismo y con ayuda de la excitación sexual acompañante queda libidinalmente ligada, es la que se llama masoquismo erógeno primario, cuyo objeto es el propio individuo (Freud, 1919).

Freud (1920) habla de otro principio más allá del principio del placer, la compulsión a la repetición, que no lo contradice necesariamente pero que actúa en forma más independiente, siendo más primario y elemental. Después de postular la compulsión a la repetición y el instinto de muerte, enuncia explícitamente la existencia del masoquismo primario. Señala también, que sólo se puede ser sádico si antes se pasó por una fase previa de dolor, y que el que busca causarlo se identificó antes masoquísticamente con el objeto sufriente. Más tarde reconoce que el verdadero peligro no está en el sadismo, es decir en la agresión vuelta al exterior sino en el instinto de muerte que queda como masoquismo erógeno primario. Sostiene la presencia de un masoquismo erógeno al cual considera como primario, un masoquismo femenino y un masoquismo que surge de la relación entre un Yo masoquista y un Superyó sádico, el moral. Es decir el sadismo ya no es una manifestación primaria sino el resultado de la derivación hacia el mundo externo, gracias a la libido, de parte del instinto de muerte. Expresa que el deseo de ser castigado por el padre que es en realidad el deseo de ser sometido sexualmente por él, puede ser desplazado a conductas que actúen contra sí mismo y provocar por lo tanto a través de ellas el castigo parental (Freud, 1924).

Referido a este tema Garma (1981) señala que la vuelta del sadismo contra el propio individuo proviene de sometimientos superyoicos, que originan sentimientos de culpabilidad y necesidad de castigo. El sometimiento al Superyó es una reacción masoquista, que se hace permanente cuando el niño internaliza la agresión materna y paterna en su Superyó, a partir de entonces el masoquismo se intensifica por el sadismo del niño vuelto sobre sí mismo. Hay que considerar también que muchas veces que el sadismo que se vuelve contra el propio sujeto es debido al sentimiento de culpa y de necesidad de castigo del niño que se comporta sádicamente para tener remordimientos y así sufrir.

Otro autor, Abadi (1981), agrega que hay una pulsión que se relaciona con una tendencia hacia el adentro y una pulsión que se relaciona con una tendencia hacia el afuera. La pulsión hacia el adentro representa una pulsión a permanecer dentro de la madre, retenida por la madre y por el deseo no sexual, la pulsión hacia el afuera, en cambio, implica una tendencia a nacer, a desprenderse de la madre y a optar por la sexualidad. Sobre este tema Kristeva (2015), refiere que tanto para el hombre como para la mujer, la pérdida de la madre es una necesidad biológica y psíquica, cuando no se logra esta pulsión matricida, se produce su inversión en el yo, se introyecta el objeto materno y se produce la ejecución depresiva o melancólica del yo en lugar del matricidio. La pulsión se invierte sobre el yo en un intento de proteger a la madre, de esta manera sigue habiendo odio, pero se elimina la pulsión matricida y como el yo se identifica con la madre, el odio hacia ella no se dirige hacia afuera sino hacia adentro, concepto relacionado con el de canibalismo melancólico de Freud (1917), en el que explica que en la melancolía la meta sexual consiste en la incorporación oral del objeto, aunque también el ano puede prestarse para ese control. Por otra parte al referirse a la conducta del melancólico dice que en éste no siente pudor ante otros, por el contrario se comporta como si estuviera complacido con su situación.

Siguiendo con el creador del psicoanálisis, en 1930 sostiene que el individuo reprime sus instintos a costa de su tranquilidad, y que una forma de represión es la sublimación, pues actúa como un sometimiento instintivo; de ésta forma la agresión es introyectada, internalizada, y devuelta a donde en realidad procede, es decir apuntada hacia el propio yo, al que se incorpora en calidad de superyó, y bajo la forma de moral imparte contra el yo la agresividad que hubiera querido aplicar a otros individuos. Postula que si bien en el sadismo y en el masoquismo siempre se han visto manifestaciones de la pulsión destructiva, dirigida

hacia afuera o hacia adentro y ligadas con el erotismo, sin embargo existen también una agresividad y una destructividad no eróticas (Freud, 1930). Años más tarde Freud (1937), expone sobre las resistencias en el análisis que se oponen al éxito terapéutico y que derivan del masoquismo de algunas personas, como el sentimiento de culpa de los neuróticos y la necesidad de castigo, fenómenos que se conciben localizados en la relación del yo con el Superyo, esto demuestra según él que no sólo la tendencia al placer rige la vida psíquica, sino que existe también un instinto de agresión o destrucción que deriva del primitivo instinto de muerte, que puede provocar conductas masoquistas, como por ejemplo el suicidio.

Sobre este tema Garma (1960) afirma que hay actos de autosadismo intenso donde parte del yo, el Superyo, realiza una acción agresiva contra sí de una fuerza tal que consigue autodestruirse, éste sería el caso del suicidio, que podría estudiarse desde el punto de vista de la autoagresión, siendo más intenso el peligro del mismo en la melancolía. Considera además que los autorreproches son acusaciones, que resumen según él las conclusiones de Freud e implican que el melancólico, cuando dirige su agresividad contra sí mismo, en realidad quiere atacar un objeto exterior y que la agresión no se vuelve completamente contra el yo, sino que existe un resto de sadismo que impulsa a desear la muerte de los demás y que sigue la dirección primitiva hacia el exterior. Describe cuatro motivaciones primordiales de suicidio: la identificación del suicida con el objeto libidinal perdido, la tentativa de recuperar dicho objeto a través de la muerte, la realización merced al suicidio de deseos agresivos contra determinados objetos y la vuelta de tales deseos agresivos contra el propio individuo. Ésto habla según él de la deformación masoquista de la personalidad del suicida que consiste en la internalización de agresiones del exterior, internalización que sufre intensos incrementos por la acción de las conductas sádicas del super yo, que hacen que el Yo se vuelva más masoquista. Para él la complacencia, aceptación o búsqueda del padecimiento neurótico, la frigidez y la impotencia, la evitación de los goces posibles y convenientes, las autolesiones, el dolor y el autodesprecio, la tendencia a dañarse y a irritar a los demás, etc, constituyen modalidades expresivas de la pulsión de muerte.

### **3.4. Analizabilidad.**

#### **3.4.1. Relación entre admisión y analizabilidad.**

Para continuar con los objetivos del presente trabajo, hay que considerar que la admisión tiene un lugar fundamental para el creador del psicoanálisis, quien ya en 1904 alerta sobre las indicaciones y contraindicaciones del método psicoanalítico, referidas tanto a las personas a las cuales se lo habría de aplicar, como también al cuadro patológico que presentara el posible paciente, señala como los casos más propicios para el psicoanálisis las histerias y las neurosis obsesivas; al mismo tiempo considera inadecuados para el tratamiento los estados narcisistas y las psicosis. Da importancia también al factor edad, además de la buena inteligencia y la cultura. Para él, las deformaciones graves del carácter y los elementos constitucionales pueden contraindicar el método psicoanalítico, y las defensas paranoides pueden hacerlo inviable (Freud, 1904).

Más tarde Freud (1912) manifiesta la necesidad de utilizar las primeras entrevistas para determinar la aplicabilidad del mismo, y tiene la costumbre de advertir a los pacientes que los tomará provisionalmente hasta decidir si es factible un tratamiento psicoanalítico. En este sentido es importante destacar que la entrevista de admisión tiene gran importancia para él, comparándola con la apertura en un juego de ajedrez, es decir permiten al analista, descubrir si el paciente es apto para el tratamiento psicoanalítico, si puede adecuarse a las reglas y tienen también una motivación diagnóstica.

Desde el primer momento destaca como factor esencial de analizabilidad, el interés despertado por el posible paciente en el analista, un ejemplo de la importancia que da a este punto es cuando analiza al hombre de los lobos, con quién salta los límites que él mismo había puesto, ya que éste paciente no cumplía con los algunos de los requisitos exigidos, sin embargo, el interés primó en ésta circunstancia (Freud, 1917).

La analizabilidad preocupaba a Freud (1932), y así lo muestra cuando plantea que los fracasos producen nuevos problemas técnicos; manifiesta además que hay factores como la estanqueidad psíquica, que muestran que no todo se deja reanimar. Posteriormente agrega como factores cruciales para posibilitar o imposibilitar el psicoanálisis, a los diversos trastornos del yo (Freud, 1937, 1938).

Ahora bien, según Lacan (1966) el psicoanálisis se aplica como tratamiento a un sujeto que habla y oye, tomando en cuenta este concepto, se puede citar lo marcado por Ricon (2005), para quien la persona que consulta, lo hace en el contexto de tener la experiencia de

ser escuchada, y el entrevistador, pretende en cambio obtener una comprensión clínica, global o incluso diagnóstica en un tiempo acotado.

Retomando a Lacan (1969), las entrevistas preliminares cumplen una función esencial para el analista, son la antesala de un trabajo analítico ya que sin ellas no hay entrada posible al mismo. Durante las mismas tiene que emerger una verdadera demanda surgiendo así el síntoma analítico, que se da en transferencia y muestra la posición del sujeto en relación a su deseo.

Por su parte Bleger (1973), piensa que en los tratamientos psicoanalíticos, lo más importante es que el psicoanalista esté dispuesto a hacer dicho tratamiento más que el diagnóstico en sí, pero que éste adquiere mucho valor si al analista no le interesa por algún motivo, como por ejemplo una psicosis, problemas psicopáticos u otros.

Es fundamental tener en cuenta también que la entrevista clínica es una situación de campo en la que interactúan distintas variables y en la que intervienen dos personajes, el entrevistador y el entrevistado, y que no es la misma la que se desarrolla en el ámbito privado, que en una institución o en el propio domicilio del entrevistado (Rolla, 1972).

Según Liberman (2018), las entrevistas de admisión poseen una doble finalidad, por un lado, en lo referido al paciente, ya que el haberlas realizado antes de comenzar el tratamiento posibilitará que una vez comenzado el mismo, haya tenido una experiencia previa que funcione como situación contrastante que lo ayudará a tener mayor claridad en cuanto a lo que podrá esperar del tratamiento y sobre lo que el analista requerirá de él, condiciones éstas que favorecen las primeras interpretaciones transferenciales. Por otra parte, en cuanto al terapeuta, un análisis minucioso de los datos obtenidos en las entrevistas previas, le permitirán tener una mejor atención flotante y sentar criterios según los cuales podrá determinar que esperar y que no del tratamiento psicoanalítico del paciente, y de él mismo como analista.

De esta manera, el constructo de analizabilidad está apoyado en los caracteres psíquicos del paciente, referido al abordaje de un tratamiento psicoanalítico interesado en la evolución del mismo y en la gratificación del psicoanalista en su tarea. Su realización implica la observación y múltiples aspectos clínicos, teóricos y técnicos, pero fundamentalmente el

establecimiento de un vínculo confiable y sentar las bases del encuadre de un tratamiento futuro (Romano, 2018).

La condición de analizabilidad por lo tanto, informa y posibilita el encuentro psicoanalítico y es una noción que está referida al grado en que un paciente determinado y un analista pueden comprometerse en un proceso en el cual el paciente pueda evolucionar sin dañarse y sin sufrimientos excesivos, y en el que el analista se gratifique. No es ni puede ser un concepto absoluto que permita dividir a los pacientes en analizables o inanalizables de acuerdo con su estructuración psicopatológica, sino un concepto relativo que surge de una consideración multidimensional, que comprenderá al paciente, al posible analista y al medio ambiente en que están inmersos. Al mismo tiempo, resulta importante jerarquizar como eje central del encuentro psicoanalítico la neurosis de transferencia y tener en cuenta que el análisis se trata de un trabajo de transformación de dos (Paz, 2002).

#### **3.4.2. Analizabilidad en una institución.**

Otro aspecto a tener en cuenta del pensamiento de Freud (1919) es acerca de la extensión del psicoanálisis a otros terrenos que el de la práctica privada; imagina que en el futuro se podrán extender los derechos al tratamiento psicológico sin distinción del que sufre, más allá de su situación socio-económica y sin dejar de lado la rigurosidad en su aplicación. Dicha extensión del psicoanálisis implica ciertos límites ya que hay algunas condiciones de la práctica institucional que impiden que todos puedan psicoanalizarse, sin embargo una vez que se establece el espacio analítico no existen diferencias con respecto al ámbito privado. De lo que se trata entonces es de reconocer las diferencias y permitir dentro de las instituciones en la medida de lo posible, un espacio donde se pueda desplegar las subjetividades para operar desde la ética del psicoanálisis (Rubistein, 2004).

Considerando que la entrevista clínica no es la misma si se desarrolla en el ámbito privado, que si se realiza en una institución o en el propio domicilio del entrevistado, debe tomarse en cuenta el hecho de que cuando el entrevistador está respaldado por una institución, con características propias, un marco especial y un nombre, estas particularidades funcionan como receptoras de la expectativa del paciente y se produce un proceso que se

podría llamar de transferencia. Esta situación de desplazamiento hacia la institución además, la lleva a funcionar en calidad de objeto transicional (Rolla, 1972).

Para Sotolano (1993) la posición del analista en una institución tendría que ser la misma que en un tratamiento privado, sin embargo, en este caso hay que tener en cuenta que el paciente ingresa a un lugar, ajeno al analista, que tiene sus propias leyes y donde se producen demandas cruzadas; donde hay que cubrir estadísticas, satisfacer requerimientos temporales que a veces no coinciden con los tiempos de los tratamientos psicológicos, y donde hay que considerar tanto las demandas del paciente como las del propio analista. Por lo tanto para éste autor es muy importante jerarquizar el espacio de la entrevista de admisión como campo de interrogación de la demanda de análisis, recordando que un paciente no demanda análisis sino una escucha analítica. En este contexto la política es consubstancial a las instituciones y al ser humano, aunque hay también un saber hacer con la política para que no se debilite con goces fálicos (Peskin, 2004).

Sobre esto Ulloa (1969), señala que toda institución se organiza según tres distribuciones articuladas entre sí: distribución espacial, distribución del tiempo y distribución de la responsabilidad y lo compara con un organismo que se mueve, para graficar la estrecha relación entre las pautas institucionales y los hombres que las crean y las mantienen.

## **4. Metodología**

### **4.1. Tipo de estudio**

Descriptivo y de carácter cualitativo de tipo profesional.

### **4.2. Participantes.**

Mujer de 31 años con estudios secundarios completos. Tiene dos hermanos, un varón de 33 y una mujer de 35. Se cortó con un vidrio por primera vez en el 2016, al año de la muerte de su padre. Actualmente vive con su madre, quien se encuentra enferma de Parkinson. Tiene novio desde hace 8 años, estuvo separada de él por un tiempo en el que conoció a otro hombre con quien tuvo una relación corta y que la dejó de un día para otro sin

explicaciones, volvió entonces con su pareja anterior. El motivo de consulta manifiesto fue la reincidencia en las autolesiones luego de esta desilusión.

La entrevista fue realizada por una psicoanalista del equipo de admisión de la institución, con una experiencia de de más de 10 años.

#### **4.3. Instrumento.**

Observación no participante y registro de una entrevista de admisión en una institución psicoanalítica abierta a la comunidad y entrevista semidirigida al analista admisor donde se discutieron los motivos manifiestos y latentes observados, la relación entre los conceptos psicoanalíticos de sadismo-masoquismo y si se cumplieron las condiciones de analizabilidad necesarias para acceder al tratamiento en la institución.

#### **4.4. Procedimiento.**

Se observó una entrevista de admisión de 30 minutos de duración de una mujer de 31 años con conductas autolesivas, y luego se realizó una entrevista semi dirigida con la profesional actuante de aproximadamente 10 minutos.

### **5. Desarrollo**

#### **5.1 Breve presentación del caso.**

En este apartado y a partir de la observación no participante se hará referencia a la entrevista de admisión de una mujer de 31 años, a quien se nombró G para los fines de este trabajo. Se trata de una mujer menuda, que se presentó con puntualidad. Vestida de forma prolija, sencilla y sin maquillaje. Refirió ser soltera y con estudios secundarios completos.

Ante la pregunta de la analista acerca del motivo de consulta comentó: *“explotó, todo, no sé cómo empezar... me volví a auto flagelar”*.

Explicó que conocía la institución por su hermana mayor, quien se atendía en la misma. En cuanto a su historia refirió tener dos hermanos, un varón de 33 y una mujer de 35, que sus padres se separaron cuando ella tenía 4 años y que ella y sus hermanos se quedaron

con su madre hasta aproximadamente los 8 o 9 años, luego fueron a vivir con su padre porque la pareja de su madre intentó manosearla. Vivió con su progenitor hasta el 2015, año en que éste muere debido a un cáncer fulminante de páncreas. Según relató tuvo un duelo difícil, en el que se sintió muy deprimida porque quería mucho a su padre. Al año de su muerte se cortó con un vidrio por primera vez necesitando una sutura de 6 puntos.

## **5.2. Objetivos específicos.**

### **5.2.1. Descripción de los motivos manifiestos, y latentes inferidos en la entrevista de admisión.**

Para describir los motivos manifiestos y latentes de consulta se hará referencia a los conceptos freudianos sobre contenido manifiesto y contenido latente o pensamiento del sueño (Freud, 1900), considerando por extensión, motivo manifiesto, a todo lo que relata el paciente en la entrevista, y motivo latente, en su condición de símbolo que remite a una significación inconsciente reprimida que se puede descifrar a través de la interpretación (Valls, 1997).

La paciente G se presentó a la entrevista y manifestó como motivo de consulta la angustia que le causaban los cortes que no podía evitar realizarse en el cuerpo, especialmente en las muñecas. Expresó también, sentirse vacía, que no avanzaba y que no servía para nada.

“*Explotó todo, me volví a autoflagelar*”, es lo primero que comentó en un tono bajo y monocorde, mientras realizaba un gesto mostrando sus muñecas. En estas primeras palabras podría señalarse, en consistencia con lo planteado por Garma (1963) una concretización o dramatización del pensamiento en la utilización de una expresión que remite a una imagen concreta, *explotó todo*, como figura de algo irrefrenable, que desgarrar la piel. Tomando en cuenta además la definición de pulsión, como un concepto límite entre lo físico y lo somático Freud (1915), el *explotó todo*, podría remitir justamente a una fuente de excitación interna de la cual le resulta imposible huir.

Estas interacciones entre lo anímico y lo corporal (Freud, 1915), podrían inferirse en principio a partir de los cortes presentados por la paciente en sus muñecas, considerando que el cuerpo de la paciente es un cuerpo erógeno regido por las leyes del inconsciente y que funciona como una representación al significante (Peskin, 2005). En consistencia con estos conceptos, el significante *explotó todo*, permitiría intuir, utilizando los conceptos de Lacan

(1962-1963), lo que hay que simbolizar, lo latente, aquello que *explota*, que surge desde adentro, que no se puede parar y que la lleva a autolesionarse, y asimismo se lo podría considerar como un sinsentido que confirma que el cuerpo en cuestión está fuera de lo simbólico y que no puede simbolizarse más que a través del desciframiento del enigma que esconde lo real, es decir el misterio del cuerpo que habla, el misterio del inconsciente, según lo referido por este mismo autor (Lacan, 1978).

Por lo señalado hasta aquí, se consideró importante abordar al cuerpo en relación con la expresión y específicamente con la palabra (Ponty, 1945), en este aspecto, en otra instancia de la entrevista la paciente manifestó: “*Cuando estoy mal es muy grande la sensación como de extrañeza de mi propio cuerpo, me corto y me sale sangre, es algo extraño, no soy yo, tiene un significado extraño, es como que le duele a otra que soy yo*”.

Ante estos dichos intervino la analista y le señaló que ella hablaba de *extraño* y de *extrañeza*, y qué otro sentido posible podría ser el de *extrañar* a alguien. G refirió entonces que la primera vez que se cortó fue al año de la muerte de su padre, con quien tenía una muy buena relación, y que sufrió mucho con su *partida* por cáncer. Agregó que no podía creer que ya no estaba, que la había dejado aclarando, que esta última vez, se cortó luego de que un hombre con el que había iniciado una relación y con quien se sentía muy entusiasmada, la dejara sin darle explicaciones, lo que le había causado mucha angustia.

En relación a lo escuchado, se podría concluir, que los significantes *extraño* y *extrañeza*, que la paciente utiliza en su contenido manifiesto en el sentido de asombro, están relacionados con el extrañar a un objeto de amor perdido, situación que se vió reforzada luego, cuando G contó que a los 8 años sufrió un abuso por parte de la pareja de la madre, a raíz del cual ella y sus hermanos fueron a vivir con su padre. Refirió que en ese momento se sintió traicionada por su progenitora, quien había apoyado a su pareja en detrimento de sus hijos: “*Mamá tomó partido, a partir de ese momento hubo un corte, ya nada fue lo mismo*”.

En estas palabras de la paciente pueden rastrearse ciertos aspectos que aparecen vinculados a los significantes *partido* y *corte*, y que podrían relacionarse con una situación de *partida*, de separación, circunstancias éstas que remiten a una falta, una herida imposible de simbolizar.

De esta manera considerando el relato de G, se pudo encontrar en su historia, una serie de vivencias de abandono que la han marcado y que probablemente hayan desencadenado las autoagresiones. Podría pensarse que la separación de su madre, la muerte de su padre, y recientemente el abandono de su amante, son escenas de la vida de esta paciente que se dramatizan a través de su cuerpo tal como lo refiere el padre del psicoanálisis (Freud, 1893-1895).

Tomando en cuenta los conceptos freudianos en cuanto que aquello que el sujeto agrede no es a sí mismo sino a aquel internalizado, se podría considerar que la expresión *explotó todo*, como representante de una pulsión destructiva que sale del interior y que le *explota* y le desgarran la piel en cada corte, entra en resonancia con una pérdida, con aquel que antiguamente amó y la abandonó primero cuando era pequeña, dejándole una marca que separa su carne y que revive en cada abandono y con cada herida. Siguiendo con esta inferencia se podría hablar entonces del concepto de canibalismo melancólico subrayado por Freud (1917). En este sentido, la agresión de G contra sí misma, sería un disfraz dramático de la matanza de otro (Freud, 1917; Kristeva, 2015).

Resulta también interesante señalar, que se observó en G una actitud desvergonzada, que podría calificarse como de exhibicionista en el sentido de evidenciar los autorreproches, el abatimiento y los cortes, como en el comienzo de la entrevista cuando la paciente no sólo no realizó ningún esfuerzo para ocultar sus marcas sino, por el contrario, efectuó un movimiento para mostrarlas, condición ésta que coincide con lo postulado por Freud (1917) cuando se refiere al melancólico.

Estas autolesiones, expresiones de baja autoestima y bajo concepto de sí misma se encontraron en varios comentarios, por ejemplo: *“siento que no sirvo para nada, que no avanzo”*, podría señalarse con respecto a esto que esta agresión al psiquismo observada en la paciente, sería producto de la pulsión agresiva que se dirige hacia ella misma y que se materializa en esos sentimientos y pensamientos expresados (Freud, 1924).

Más adelante relató que en ese momento tenía que cuidar de su madre debido a la enfermedad que ella padecía: *“tengo que cuidarla, es mi madre, no tengo otra, pero me siento muy desganada, vacía, en mi casa lo único que me hace bien es encerrarme en mi mundo”*. Podría señalarse en estos comentarios una relación con el narcisismo por ejemplo

cuando refiere: “*me encierro en mi propio mundo*” y con el sometimiento al Superyó: “*tengo que cuidarla, es mi madre, no tengo otra*”, frases que podrían señalar una reacción masoquista al producirse la vuelta del sadismo contra ella misma debidos a sentimientos de culpa y necesidad de castigo (Garma 1981).

Resulta importante por lo tanto, teniendo en cuenta que el Yo es un Yo corporal y la proyección de una superficie, la relación entre las autolesiones y el narcisismo, pues como la piel es un límite formal, es decir, da forma al cuerpo, las cicatrices actuarían como impresiones en el cuerpo de la paciente, un cuerpo, donde el dolor y las marcas se constituyen de este modo en un escudo narcisista (Anzieu, 1990).

En este sentido, la clásica lectura freudiana sobre el narcisismo (Freud, 1914) parecería estar ejemplificada en el discurso de G en cuanto a tratar al propio cuerpo como si fuese un objeto sexual, estado que podría encontrarse representado por como describió el momento en que siente el impulso de cortarse y el alivio que la embarga después: “*cuando me corto es porque tengo como un impulso imparable, cuando sale la sangre siento alivio, el dolor viene después*”. Se podría inferir en estas palabras por lo tanto, que las sensaciones de dolor desbordan de la excitación sexual y le producen un estado placentero a pesar del displacer del dolor propiamente dicho (Freud, 1915).

Finalmente, se podría señalar que la piel de la paciente como zona erógena y sede del contacto más primario del sostén materno (Peskin, 2013), actúa como receptora de estímulos que pueden resultar traumáticos por exceso o por defecto, lo que se podría suponer en algunas expresiones de la paciente, como por ejemplo, “*Mi madre nunca fue cariñosa, no nos daba bola, era fría, como si fuéramos una carga*”, donde se infiere la existencia de una relación con ese contacto primario y que la piel de G actúa como un muro donde se inscribe aquello que ella sitúa como deficitario.

### **5.2.2. Analizar la relación entre autolesión y los conceptos de sadismo y masoquismo según el modelo psicoanalítico.**

El masoquismo es la persistencia en el individuo de circunstancias que le han sido desfavorables y que lo han dañado en su desarrollo, circunstancias que persisten dentro de la persona y le obligan a buscar lo que es penoso, destructivo y perjudicial (Garma, 1960). En

este sentido, se pudo encontrar en la historia de la paciente una serie de situaciones y vivencias desfavorables. La primera de éstas como ya se señaló, la separación de su madre a los ocho años, circunstancia vivida como un abandono, que produce en ella un *corte*, a partir del cual ya *nada fue lo mismo* según su relato, por lo tanto se podría considerar esta primera vivencia como traumática y como el inicio de la serie de pérdidas importantes que la han afectado, siguiendo luego la muerte del padre, y recientemente el abandono de su amante (que la *corta* cuando la deja), situación que ella considera la causa de su recaída y le produce una herida y una angustia tal que le provoca la necesidad de cortarse para aliviarse, y a la que se refirió al expresar: “*me causó mucha angustia y me volví a cortar*”.

Se podría decir en el caso de G y en consistencia con los postulados de Freud (1926), que el dolor es una reacción al a la pérdida del objeto, y la angustia la reacción a la pérdida de una necesidad imposible de ser satisfecha (pérdida primordial), y que por medio de los procesos de desplazamiento queda transferida a la pérdida del objeto en sí, porque no hay una sustitución de objeto y por lo tanto cada pérdida la lanza de nuevo a su madre.

De esta manera podría concluirse, en concordancia con Garma (1960), que estas pérdidas funcionan en G como una repetición siniestra y compulsiva, donde se puede reconocer el sometimiento a un imago materna abandonante, y que cada una actúa además como una herida, una agresión en ese cuerpo sufriente en el que el dolor y las marcas funcionan como un sello narcisístico (Anzieu, 2007).

Es fundamental por lo tanto el narcisismo para explicar cómo es posible que la pulsión de muerte se dirija hacia sí mismo (Freud, 1914). Freud (1915), deja planteado la hipótesis de un masoquismo (narcisista) primario, cuando dice que el sujeto narcisista es permutado por identificación con un yo otro ajeno.

Según lo anterior, se podría considerar como una inferencia posible, que G es la parte de la madre, que se ha cortado, que se ha desprendido, que se ha separado y que aquello que está agrediendo no es sólo a sí misma como sujeto sino a esa parte interiorizada de los padres, es decir a la sombra de un objeto amado pero perdido, objeto de amor, cuya sombra es arrojada sobre su Yo frágil, apenas disociado del otro, por la pérdida precisamente de ese otro necesario (Freud, 1917).

En otro tramo de la entrevista la paciente comentó refiriéndose a su madre: “*a veces tengo ganas de matarla, es insoportable, y eso me hace sentir mal, me da culpa*”, situación a pesar de la cual decidió de todas formas ir a vivir con ella para cuidarla según lo relatado.

Se podría suponer en base a estos dichos y tomando en cuenta los conceptos de Freud (1924) sobre la pulsión de muerte, que una pequeña proporción de la misma queda librada en el aparato psíquico de G como masoquismo erógeno primario, otra parte es expulsada al exterior como agresión, por ejemplo cuando dice: “*a veces tengo ganas de matarla*”, y que cierta cantidad, a través del sadismo del Superyó, vuelve al psiquismo por medio de los sentimientos de culpa, como cuando expresa, “*eso me hace sentir mal, me da culpa*”.

También, en el hecho de que la paciente haya decidido mudarse con su madre para cuidarla a pesar de la angustia que esto le produce, se podría inferir que al reprimir la pulsión, sus componentes libidinosos devienen en síntomas, como la angustia, y sus componentes agresivos en sentimientos de culpa, consistente ésto con las postulaciones Freudianas (Freud, 1927, 1931).

Ahora bien el autosadismo donde parte del Yo, el Superyó, realiza una acción autoagresiva tal que podría llegar incluso al suicidio y que es característico del melancólico (Garma, 1960), pareciera verse reflejado en la paciente, por ejemplo cuando se cortó por primera vez, al año de la muerte de su padre, con quien tenía muy buena relación y al que todavía extraña, según sus dichos. En ese momento tuvieron que suturarla y recibió ocho puntos. Sobre ésto explicó: “*se me fue la mano, podría haber muerto*”.

Esta situación podría tomarse como ejemplo de las postulaciones freudianas referidas a que el deseo de ser castigado por el padre, que es en realidad el deseo de ser sometido sexualmente por él, puede ser desplazado a conductas que actúen contra uno mismo, como se podría inferir en los cortes que se realizó la paciente y sobre los que expresó: “*se me fue la mano, podría haber muerto*”. En este sentido a través de los actos contra sí misma se constituiría el castigo parental, castigo que podría tener que ver con el sentimiento de culpa vinculado con la problemática edípica y con la búsqueda de la gratificación sexual con el padre que se expresa de este modo en las conductas masoquistas (Freud, 1919).

En otra parte de la entrevista comentó, “*cuando estoy en casa me siento muy desganada, vacía, lo único que me hace bien es encerrarme en mi propio mundo*”. La

analista preguntó entonces, cómo era su propio mundo, G respondió que era estar sola, como si las paredes de su cuarto fueran una barrera que la aislaran de todo, luego manifestó que no soportaba vivir con su madre, que se sentía como estancada y que no avanzaba pero que no le quedaba otra, pues en ese momento su madre estaba enferma por lo que debía estar con ella, ya que sus hermanos tenían su propia familia y ella todavía no. Considerando estos dichos se podría observar que G ha desistido de tener a una salida exogámica, refugiándose en un bastión narcisista, *su propio mundo*, lo que resulta consistente con lo postulado por Abadi (1981) y Kristeva (2015).

De esta manera, tomando en cuenta lo desplegado por Freud (1930) acerca de la estructura pulsional masoquista (también llamada de muerte o destructora), se podría inferir esa renuncia a una salida exogámica que se traduce en el impedimento a tener su propia familia y que pareciera ser la causa de ese malestar que se le presenta como desgano y vacío, es el precio que tiene que pagar por la represión de los instintos, ya que la agresión dirigida hacia un objeto exterior, en este caso, su madre, es introyectada e internalizada y devuelta hacia su propio yo.

Sobre esto, Kristeva (2015), señala que tanto para el hombre como para la mujer, la pérdida de la madre es una necesidad biológica y psíquica. Por lo tanto, esta pulsión matricida que pareciera, no suceder en el caso de la paciente, provocaría su inversión en el yo, es decir al ser introyectado el objeto materno, se produciría la ejecución depresiva o melancólica del yo en lugar del matricidio.

En este sentido, se podría encontrar en los dichos de G esta representación de la falla de una salida exogámica, por ejemplo, cuando la paciente relató con respecto a su novio desde hace ocho años, que se encontraban en una relación que no avanzaba y se quejó de él diciendo: *“no se decide, no puede salir de al lado de papá y mamá”*. Dichos que parecieran una proyección de su propia historia, ya que ella es la que no se *decide*, la que no puede *salir* de al lado de su madre, retenida por una pulsión hacia el adentro, una pulsión a permanecer dentro de la madre, sin optar por la sexualidad, como lo postula Abadi (1981), cuando se refiere a una pulsión contraria a la pulsión de vida. Parece no poder *salir* tampoco del duelo por su padre, ni del abandono reciente de su amante, situaciones en las que podría señalarse

repite, de un modo masoquista en relación con su cuerpo, el vínculo primitivo de una madre rechazante (Freud, 1924).

Se podría inferir entonces que G, para proteger a la madre se lastima, se corta, así el odio está a salvo y su culpabilidad matricida es borrada, ella es su madre y su madre es ella, por lo tanto el odio que le dirige no se ejerce hacia el afuera, sino que se encierra en sí misma. Ésto sería según Kristeva (2015), haciendo referencia a los conceptos de Freud (1917), un canibalismo melancólico en el que la paciente tiene ganas de destruir al otro intolerable y donde es mejor ese otro fragmentado, cortado, digerido, que perdido, y al que finalmente se resucita en esa devoración. De esta manera podría interpretarse que cada vez que G se corta, revive al objeto de amor perdido y al mismo tiempo deja marcas de esa ausencia, es decir al destruir al objeto, termina con una marca indeleble del él en su cuerpo, situación que se podría considerar al observar las cicatrices que G presenta en sus muñecas y que no duda en mostrar.

Para finalizar ante la pregunta de la analista acerca de qué le pasaba cuando se autolesionaba, la paciente respondió, manteniendo el mismo tono bajo y monocorde que sostuvo en toda la entrevista, que cuando se estaba cortando miraba la sangre salir y eso le causaba alivio tal que hacía que no sintiera dolor en ese momento. Tomando en cuenta este relato podría señalarse tal como lo señala Le Breton (2017), que el corte en G, representa lo real, es sangre que se derrama, que observa salir y que le produce alivio, permitiéndole expresar, digerir, un sufrimiento que la sobrepasa y que se podría considerar como un contenido inconsciente simbólico incapaz de ser verbalizado sino a través de esta conducta autodestructiva, las autolesiones, que esconden un mensaje dirigido a otro (Lacan, 1962-1963).

### **5.2.3. Analizar si la paciente cumple con los criterios de analizabilidad de la institución**

Desde épocas muy tempranas el creador del psicoanálisis, piensa la extensión del mismo más allá de la práctica privada, teniendo en cuenta al que sufre sin distinción de su condición económica (Freud, 1919). En este sentido, la institución en la cual se realizó la práctica, es una asociación civil dedicada a la asistencia y a la docencia en Psicoanálisis,

abierta a la comunidad y con el objetivo de llegar a todo aquel que lo necesita, sin embargo según sus normas, es necesario para ingresar en la misma como paciente, concurrir previamente a una o dos entrevistas de admisión. En el caso de G fue necesario sólo una, de acuerdo a lo decidido por la analista admisora.

Considerando a la entrevista según lo postulado por Rolla (1972), como un encuentro entre el entrevistador y el entrevistado, cabe aclarar que en este caso debido a el funcionamiento de la institución, dicha entrevista es realizada por un psicoanalista admisora que la mayoría de las veces no es el mismo que el que realiza el tratamiento. Otro punto a tener en cuenta es que la entrevista de admisión en esta institución, no es la misma que la que se desarrolla en el ámbito privado, ya que intervienen distintas variables (Rolla,1972), además de la variable mencionada con anterioridad sobre el analista, otra que podría señalarse, es en relación al tiempo ya que debido a la gran afluencia de pacientes este es bastante acotado, aproximadamente 20 minutos en los que se debe realizar una comprensión clínica y diagnóstica a una persona que requiere ser escuchada (Ricón, 2005). En el caso de la entrevista de G, la necesidad de ser escuchada, se pudo observar en el hecho de que comenzó a hablar desde el principio y sin parar, lo que resulta fundamental tomando en cuenta que si un conflicto pulsional no es actual y no se exterioriza, es imposible influir sobre él mediante el análisis (Freud, 1937).

En este aspecto es importante también la escucha psicoanalítica desplegada por la analista, quien como explicó luego a la pasante, para facilitar la libertad expresiva y teniendo en cuenta que se trataba de una admisión, realizó muy pocas interpretaciones salvo las que consideró necesarias para favorecer y no obstaculizar el curso de la misma, para poder de esta manera evaluar la analizabilidad de la paciente y ponderar si podría constituirse una pareja analítica para el inicio del tratamiento, modalidad que resulta consistente con las postulaciones de Romano (2018) sobre el tema.

Con la información obtenida de la entrevista semidirigida que se realizó a la analista y de la observación de la admisión, pudo comprobarse que en esta institución, la misma tiene una importancia fundamental, en cuanto a las indicaciones y contraindicaciones del psicoanálisis en este organismo, por lo que resulta fundamental utilizar las primeras entrevistas para decidir si es factible un tratamiento (Freud, 1904). Esta primera entrevista sirvió para decidir si la paciente era apta para el tratamiento y si podría adecuarse al

encuadre y a las reglas de la institución. Tuvo además, una motivación diagnóstica (Freud, 1913).

Sobre este último punto conviene aclarar, que luego de la entrevista de admisión en la entrevista semidirigida con la analista, la misma manifestó que la paciente presentaba características narcisistas-melancólicas. Probablemente al sufrir la pérdida, el abandono y traición de su madre, la libido que investía el objeto, quedó retraída en el yo, sirviendo para establecer una identificación de éste con el objeto abandonado, de esta manera, la sombra del objeto cae sobre el yo, y su pérdida por lo tanto, se transforma en pérdida del yo. Todo eso sería posible porque la elección del objeto tuvo lugar sobre una base narcisista (Freud, 1917).

Por otra parte, en cuanto al encuadre, se le explicó a G las condiciones para realizar el tratamiento. Éste consiste en una sesión semanal de 40 minutos, en un horario y día fijo que es concordado con el paciente. El pago de los honorarios no se realiza directamente a él o la analista tratante, sino a través de un bono que tiene un valor estimativo, que varía según lo que pueda pagar el paciente de acuerdo a su situación económica, pudiendo inclusive no tener valor económico si la circunstancia personal así lo requiere. Se resalta además, el aspecto comunitario de la institución y por lo tanto la importancia de la colaboración para poder mantenerla. La duración total del tratamiento es de 1 año, con opción a 8 meses más, si el profesional tratante lo considera necesario. Este último punto se debe, según lo explicó la analista en la entrevista semidirigida, a la alta demanda de atención existente y a la meta institucional de brindar tratamientos a la mayor cantidad de gente posible.

Las condiciones, que conforman el encuadre y que fueron transmitidas a la paciente, surgen en esta institución según tres distribuciones, una distribución espacial, una distribución del tiempo y una distribución de las responsabilidades que se articulan entre sí, y se mantienen en la relación entre las pautas institucionales y las personas que las crean y las cumplen (Ulloa, 1969).

Para continuar, es conveniente aclarar que el concepto de analizabilidad de esta institución, y que fue observado por la pasante tanto en la admisión como en la entrevista semidirigida realizada luego, está referido a un abordaje psicoanalítico centrado en el psiquismo del paciente, interesado en su evolución positiva, y también en la gratificación del analista (Romano, 2018).

De esta manera se comprobó la importancia del diagnóstico en cuanto a que el analista esté dispuesto a realizar el tratamiento (Bleger, 1973) y que el mismo sea compatible con las posibilidades de atención de esta institución, ya que existen condiciones propias que impiden que todos los que se acerquen a ella en búsqueda de tratamiento puedan ser aceptados, por ejemplo pacientes graves psiquiátricos o con brotes psicóticos, aquellos que tienen problemas de drogadicción, etc., ya que este organismo funciona en un horario limitado de lunes a viernes y no cuenta con internación ni guardia psiquiátrica.

En concordancia con lo expuesto por Liberman (2018), surgió según lo observado que la entrevista de admisión tiene en esta institución, una doble finalidad, por un lado funciona como experiencia previa al tratamiento para el paciente, en el sentido de que se le explica cómo serán las condiciones del mismo (encuadre) y en cuanto al analista que llevará adelante el tratamiento, un análisis de los datos obtenidos y observaciones del admisor, le permitirán sentar criterios para saber qué esperar y que no del paciente y de él mismo como profesional.

Ahora bien, considerando que la condición de analizabilidad está referida al grado en que un paciente y un analista se comprometen en una relación, en un proceso en el que el paciente pueda evolucionar con el menor sufrimiento y el analista pueda sentirse gratificado en dicho proceso, pero siempre teniendo en cuenta la neurosis de transferencia como eje (Paz, 2002). Es importante tomar en cuenta en este aspecto, que esta institución tiene una trayectoria y que había sido recomendada además por la hermana de la paciente, que se atendía en la misma, como lo comentó G en la entrevista: *“este lugar me lo recomendó mi hermana, espero me puedan ayudar”*, se puede suponer por lo tanto, que este organismo actuaría como depositario de las expectativas de la paciente, en un proceso que podría llamarse de transferencia, llegando inclusive a funcionar como objeto transicional, como lo señala Rolla (1972).

Para finalizar es preciso señalar que una vez concluida la entrevista y luego de que la paciente fue aceptada, la analista admisoras realizó un informe minucioso. Estos datos según lo explicado por ella misma, serían de mucha utilidad para el futuro profesional que se encargara del caso, ya que le permitirían sentar criterios para encaminarse en la relación terapéutica y que un análisis minucioso de los datos obtenidos en las entrevistas previas

ayudarían al profesional tratante en sus expectativas sobre el tratamiento psicoanalítico y sobre él mismo como terapeuta (Lieberman, 2018).

## **6. Conclusiones.**

En el presente trabajo se buscó describir y analizar, dentro de la teoría psicoanalítica la admisión de una paciente con conductas autolesivas en una institución psicoanalítica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los objetivos planteados pudieron realizarse a partir de la observación no participante de una entrevista de admisión, una entrevista semidirigida a la analista admitora, y la búsqueda y lectura de material teórico pertinente.

En primera instancia se trataron de describir los motivos manifiestos de consulta y latentes, conceptos referidos por Freud (1900) asociados al sueño. Considerando por extensión a los primeros como todo lo relatado al analista en la sesión y a los segundos, como los significados preconcientes, a partir de los cuales se puede llegar a los pensamientos inconscientes reprimidos (Laplanche-Pontalis, 1967; Valls, 1997). Respecto a los motivos manifiestos no se encontraron inconvenientes en cuanto su descripción ya que G apenas iniciada la entrevista comenzó a relatar no sólo el suceso que la angustiaba y por el que venía a la consulta, las conductas autolesivas, sino su historia y sus recuerdos (Freud, 1937). En cuanto a los motivos latentes se trataron de inferir considerando los motivos manifiestos de la paciente.

En segundo término se procuró analizar la relación entre autoagresión y los conceptos de sadismo y masoquismo, considerando al par sadismo-masoquismo como dos caras de una misma moneda (Freud, 1905). Siendo el masoquismo la vuelta de la pulsión agresiva sobre el propio Yo (Freud, 1915), éste sería el caso de la paciente, quien consultó por las autolesiones que no podía evitar realizarse, pudiéndose observar en ella autorreproches, sentimientos de culpa y angustia (Freud, 1919, 1924; Garma, 1960), así como también una falla en la salida exogámica (Abadi, 1960; Freud, 1930; Kristeva, 2015) y una serie de situaciones adversas en su vida que pudieran haberla afectado (Garma, 1960), todas situaciones que caracterizan el masoquismo.

Por último se buscó analizar si la paciente cumplía con los criterios de analizabilidad de la institución, teniendo en cuenta que ésta tiene sus propias leyes (Sotolano, 1993), como

por ejemplo favorecer la circulación de pacientes para poder atender el mayor número de personas posible, no recibir casos graves psiquiátricos, ni con problemas de adicción a las drogas, ya que la institución no posee guardia psiquiátrica ni internación. En este aspecto G fue aceptada por la analista admisorora para iniciar un tratamiento, explicándole las condiciones del mismo. La profesional consideró además que la paciente presentaba características narcisistas-melancólicas, dejándolo asentado en un informe que realizó luego de la entrevista, y que sería según su opinión de gran utilidad para el analista tratante (Lieberman, 2018).

Cabe señalar que se encontraron limitaciones operativas y metodológicas en la realización de este trabajo, como por ejemplo el hecho de que el mismo fue basado en una única entrevista de admisión y en una entrevista semidirigida a la analista, resultando por este motivo complicado la obtención de la suficiente información para resolver con holgura los objetivos propuestos, lo que llevó a la pasante a considerar si fue pertinente el planteo de los mismos contando únicamente con datos surgidos de una única entrevista de admisión y una semidirigida a la analista admisorora.

Podría considerarse también como una limitación la situación paradójica surgida al tratar de dilucidar los motivos latentes necesarios para desarrollar los objetivos, ya que ello encierra un sentido que debería ser desentrañado, lo que podría implicar el tratamiento psicoanalítico mismo, razón por la cual el trabajo fue desarrollado en condicional.

Cabe señalar también, teniendo en cuenta la amplitud del tema sadismo-masochismo, que en la confección del presente trabajo surgieron en la pasante ciertos interrogantes cuya respuesta implicaría la profundización de algunos conceptos, profundización que no pudo llevarse a cabo porque excede los límites del mismo. De esta manera hubiera resultado interesante ahondar por ejemplo en el origen de la severidad del Superyó, considerando que Freud (1924) postula la existencia de un masochismo erótico primario, un masochismo femenino (perversión masochista) y un masochismo moral, producto de la relación entre un Yo masochista y un Superyó sádico, y que reconoce que el verdadero peligro para el individuo no está en el sadismo, es decir en la agresión vuelta hacia el mundo exterior, sino en el producto de la relación entre el Superyó sádico y un Yo masochista. Este Superyó sádico tiene dos fuentes de donde proviene esta severidad, una que depende de la propia agresividad que vuelve el Yo debido al sentimiento de culpa y necesidad de castigo (Freud,

1924; Garma, 1981); y otra que resulta de la introyección de la severidad de los padres, es decir de hacer propia la agresividad ajena, sufrida pasivamente. De lo recién expuesto surgió entonces una pregunta, “¿Cuál es el papel el papel que juega la realidad externa adversa en el origen de esta severidad?”, pregunta que hubiera sido interesante poder responder, ya que la paciente presentaba una serie de situaciones adversas en su vida que podrían haber influido en sus conductas (Garma, 1960), y si bien es cierto que es necesario considerar la conflictiva intrapsíquica originada en parte a la realidad infantil que lleva a conductas masoquistas, “¿es menos importante el peso de la realidad externa actual?”. Realidad que en el caso de la paciente sería por ejemplo la muerte del padre, la enfermedad de su madre a quien debía cuidar, el abandono de su amante, etc.

Otro tema de investigación que según la pasante resultaría relevante profundizar es la relación entre masoquismo y narcisismo como característica básica y determinante (Freud, 1914) ya que los destinos de pulsión consistentes en la vuelta sobre el Yo propio dependen de la constitución narcisista del Yo (Freud, 1915). Considerando además que el Yo es un Yo corporal y la proyección de una superficie (Freud, 1923) y que las autolesiones de la paciente justamente tienen que ver con el cuerpo, donde el dolor y las marcas constituirían un emblema narcisístico (Anzieu, 2007) dejándolo excluído de la simbolización.

Por otra lado un aspecto a tener en cuenta, considerando que la extensión del psicoanálisis a otros terrenos más allá de la práctica privada no debería tener diferencias metodológicas respecto a la misma (Freud, 1919; Rolla, 1972; Sotolano, 1993), es que se observaron condiciones propias de la institución que generan ciertos requerimientos temporales que podrían no coincidir con los tiempos de los tratamientos psicoanalíticos. El paciente ingresa a un lugar que es ajeno al analista y que tiene sus propias leyes, donde se busca atender a la mayor cantidad de pacientes con aranceles accesibles. Esta situación produce ciertas limitaciones, como por ejemplo, en lo relacionado al tiempo y a la cantidad de entrevistas de admisión y de sesiones recibidas una vez comenzado el tratamiento (una vez por semana y una extensión de 18 meses), condiciones éstas que surgen en parte por la gran concurrencia de pacientes y la necesidad de que haya recambio de población para dar la posibilidad de que la mayor cantidad de personas accedan al tratamiento. Según lo señalado con anterioridad, surgieron en la pasante interrogantes en relación a los tratamientos psicoanalíticos realizados en la institución en cuanto a si una sola entrevista de 30 minutos

resulta suficiente para considerar la analizabilidad de un paciente y realizar un diagnóstico, teniendo en cuenta la importancia que para el creador del psicoanálisis tenían las entrevistas de admisión para la factibilidad de un tratamiento (Freud, 1912, 1913, 1932), y si para todos los pacientes es aceptable una sola sesión por semana con una extensión 18.

En este sentido una sugerencia podría ser el aumento de las entrevistas de admisión para la evaluación del paciente como antesala del trabajo psicoanalítico, para que pueda surgir la verdadera demanda y por lo tanto el síntoma analítico y de esta manera aparecer la posición del sujeto en relación a su deseo, como señala Lacan (1969) en referencia a las entrevistas preliminares. Con respecto al tratamiento propiamente dicho podría estimarse la posibilidad de variar la cantidad de sesiones y la duración del mismo tomando en cuenta la singularidad de los casos, ya que el psicoanálisis es un instrumento de investigación, un método terapéutico y una teoría psicológica en una relación dialéctica (Freud, 1922), con una teoría que no surge únicamente del razonamiento lógico y de la universalización de las experiencias clínicas, sino al mismo tiempo toma en cuenta la individualidad particular de las mismas, otorgándoles un sentido coherente, incluyendo de este modo, la explicación de los fenómenos psíquicos articulados a una teoría de la psique (Valls, 2004).

En cuanto a nuevas líneas de investigación, reparando en las condiciones ideales propias de la institución, como por ejemplo, la atención de gran cantidad de pacientes y con aranceles comunitarios, condición ésta que genera la necesidad de un límite en cuanto al tiempo (tanto de duración del tratamiento como en la cantidad de sesiones), resultaría importante analizar qué porcentaje de pacientes concluyen el tratamiento y cuántos lo abandonan antes de ser dados de alta. Sobre esto, Ulloa (1969) señala que toda institución se organiza según tres distribuciones articuladas entre sí: distribución espacial, distribución del tiempo y distribución de la responsabilidad, y lo vincula con un organismo dinámico para evidenciar la estrecha relación entre las normas institucionales, y los profesionales y pacientes que las observan. Se podría de esta manera tener un indicador en relación a el cumplimiento de una de las premisas buscadas por este organismo, brindar tratamiento psicoanalítico a todo aquel que lo necesite más allá de sus condiciones económicas, estado que concuerda con la pronosticado por Freud (1919) en referencia a la extensión del psicoanálisis más allá de la práctica privada.

Otro aspecto que resultaría interesante tener en cuenta es corroborar si los diagnósticos surgidos en las entrevistas de admisión concuerdan con lo percibido por los analistas tratantes, que como se aclaró anteriormente, no son los mismos que los admisores. Ésto sería importante pues las entrevistas previas permiten al analista descubrir si el paciente es apto para el tratamiento psicoanalítico y tienen una motivación diagnóstica (Freud, 1912, 1913), adquieren también gran importancia cuando a un analista no le interesa por algún motivo tratar un paciente con un diagnóstico determinado (Bleger, 1973).

## 7. Bibliografía.

- Abadi, M. (1960). Notas para una semántica psicoanalítica: censura onírica, contenido latente, contenido manifiesto, elaboración onírica, sueño, *Revista de Psicoanálisis*, 17(3), 369-373.
- Anzieu, D. (2007). *El yo-piel*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Bleger, J. (1973). Criterios de diagnóstico. *Revista de Psicoanálisis*, 30(2), 305.
- Descartes, R. (1637/1991). *Discurso del método*. Madrid: Espasa Calpe.
- Freud, S. (1893-1895/1976). *Estudios sobre la histeria*. En *Obras completas*. Vol.2. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S (1900/1976). *La interpretación de los sueños*. En *Obras completas*. Vol.5. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1901/1976). *Psicopatología de la vida cotidiana*. En *Obras completas*. Vol.6. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1904/1976). *El método psicoanalítico de Freud*. En *Obras completas*. Vol. 7. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1905/1976). *Tres ensayos sobre una teoría sexual*. En *Obras completas*. Vol. 7. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1912/1976). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. En *Obras completas*. Vol.12. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Freud, S. (1913/1976). *Sobre la iniciación del tratamiento. En Obras completas.* Vol.12. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1914/1976). *Introducción al narcisismo. En Obras completas.* Vol.14. Buenos Aires: Amorrortu editores
- Freud, S. (1914/1976). *Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II). En Obras completas.*Vol. 12. Buenos Aires: amorrortu editores.
- Freud, S. (1915/1976). *Pulsiones y destinos de pulsión. En Obras completas.* Vol.14. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1915-1917/1976). *Conferencias de introducción al psicoanálisis.* Vol.16. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1917/1976). *Duelo y melancolía. En Obras completas.* Vol.14. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1919/1976). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En Obras completas.* Vol. 17. Buenos Aires: Amorrortu ediciones.
- Freud, S. (1920/1976). *Más allá del principio del placer. En Obras completas.* Vol. 18. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1922/1976). *Psicoanálisis y Teoría de la libido. En Obras completas.* Vol.18 .Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1923/1976). *El yo y el ello y otras obras. En Obras completas .*Vol.19. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1924/1976). *El problema económico del masoquismo. En Obras completas.* Vol.19. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1926/1976). *Inhibición, síntoma y angustia. En Obras completas.* Vol. 20. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1927-1931/1976). *El porvenir de una ilusión. El malestar en la cultura y otras obras. En Obras completas .*Vol.21. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Freud, S. (1932/1976). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. en Obras completas*. Vol.22. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1937/1976). *Análisis terminable e interminable. En Obras completas*. Vol.23. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1938/1976). *La escisión del Yo en el proceso defensivo. En Obras completas*. Vol.23. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1950/1976). *El proyecto de psicología. En Obras completas*. Vol.1. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Garma, A. (1960). *Sadismo y Masoquismo en la conducta humana*. Buenos Aires: Novoa.
- Garma, A. (1963). *Psicoanálisis de los sueños*. Buenos Aires: Paidós.
- Garma, A. (1981 ). *Acerca del masoquismo. Revista de Psicoanálisis*, 38(02), 226.
- Lacan, J. (1962-63/2006). *El seminario, Libro 10, La Angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1966). *Intervención sobre la transferencia*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1969/1992). *El reverso del psicoanálisis*. En: J. Lacan *El Seminario, Libro 17*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1974). *R.S.I.*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1975). *El síntoma, en seminario 23*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1978). *Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1997). *El Seminario, libro 1, Cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1967). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos aires: Paidós.
- Le Breton, D. (2017). *El cuerpo herido identidades estalladas contemporáneas*. Buenos Aires: Topia.
- Liberman, D. (2018). *Evaluación de las entrevistas diagnósticas previas. Revista de psicoanálisis*, 75(1-2), 112-113.

- Peskin, L. (2005). Acerca de la práctica psicoanalítica: Trabajando diferencias: Freud-Lacan-Winnicott. Implicancias en la clínica. *Revista de Psicoanálisis*, 62(04), 857-868.
- Nasio, J. D. (1992). *Cinco lecciones sobre la teoría de Jacques Lacan*. Barcelona: gedisa editorial.
- Nasio, J. D. (1998). *El Libro del dolor y del amor*. Barcelona: gedisa editorial.
- Nietzsche, F. (1883). *Así hablaba Zaratustra*. Buenos Aires: Baltasar.
- Nietzsche, F. (1908). *Ecce Homo*. Madrid: Edimat.
- Paz, C. (2002). Límite o desafío : el encuentro o el desencuentro con el paciente. *Revista de Psicoanálisis*, 59(03), 615-626.
- Peskin, L. (2004). Comentario sobre el debate "El porvenir del psicoanálisis". *Revista de Psicoanálisis*, 61(01), 137-149.
- Ponty, M. (1945). *Psicología de la percepción*. Buenos Aires: Planeta.
- Ricón, L. (2005). *Psicoterapias pensadas a partir de lo posible*. Buenos Aires: Polemos.
- Rolla, E. (1972). La entrevista clínica. *Revista de Psicoanálisis*, 29(03), 603-643.
- Romano, E. (2018). Las entrevistas y la operatividad clínica. *Revista de psicoanálisis*, 75(1-2), 167.
- Rubistein, A. (2004). *Un acercamiento a la experiencia. Práctica y transmisión del psicoanálisis*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sotolano, O. (1993). La admisión en la Institución Hospitalaria. *Revista Psicoanálisis y El Hospital*, 2, 13-17.
- Ulloa, F. (1969). Psicología de las instituciones : una aproximación psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis*, 26(1), 5-37.
- Valls, J. L. (1997). *Diccionario freudiano*. Buenos Aires: Julian Yebenes, S.A.
- Valls, J. L. (2004). *Metapsicología y Modernidad, El "Proyecto Freudiano"*. Buenos Aires: Lugar Editorial.