
“Psicotización” en pacientes hospitalizados: una operación de aseguramiento psíquico

“Psychotization” in hospitalized patients: a psychic assurance operation

Xochiquetzaly Yeruti de Avila Ramírez¹ y María del Carmen Rojas Hernández¹

¹ Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, SLP, México.

Resumen

La palabra “psicotización”, a diferencia de un episodio psicótico, no alude a una entidad nosológica ni estructural, sino a un proceso concomitante a la hospitalización por enfermedad o por accidente que llega a mostrar características del espectro de la esquizofrenia o de los trastornos psicóticos. Este trabajo se justifica a partir de advertir la necesidad de dilucidar y profundizar sobre lo concerniente a dicho proceso que se encuentra frecuentemente en la práctica clínica en hospitales. Después de una búsqueda de las palabras psicotización y psychotization en Scopus, Elsevier y en Google académico, sólo éste último, arrojó algunos resultados. Se constató que son pocos e inespecíficos los documentos que abordan la cuestión, sea en su dimensión teórica o de intervención. Desde elementos de la teoría psicoanalítica se desarrolla la idea de que una hospitalización –por enfermedad o por accidente– impone a algunos sujetos una vivencia que entraña un proceso regresivo de núcleo directamente pulsional o narcisista –algunas veces extremo– análogo a las operaciones en las que el cuerpo frágil, debilitado o enfermo (re)busca la acción específica del auxilio ajeno. Si la acción específica falla o el auxilio ajeno falta, en sus intentos de reaseveración, el yo reproduce mecanismos del orden del aislamiento, de la escisión, de la regresión, del espasmo y del extrañamiento respecto al mundo externo, apareciendo en conjunto bajo la forma de un proceso generalmente reconocido como “psicotización”. Se reconoce la función ética de la mirada como un elemento fundamental e indispensable para la intervención.

Palabras clave: Desórdenes psicóticos, hospitalización, investigación psíquica, mecanismos defensivos, psicotización.

Abstract

The term "psychotization" does not refer to a nosological entity but to a process concomitant to hospitalization due to illness or accident that show characteristics of the spectrum of schizophrenia or psychotic disorders. This work was started by noticing the need to elucidate and deepen on what pertains to this process which is frequently in clinical practice in hospitals. After a search of the words psicotización and psychotization in Scopus, Elsevier and Google academic, only the latter one, threw some results. It was found that there are few and nonspecific documents that address the issue, either in its theoretical or interventional dimension. From the psychoanalytic discourse and its foundations, the idea develops that a hospitalization –either by illness or by accident– imposes on some subjects an experience that involves a regressive process of core directly instinctual or narcissistic –sometimes extreme– kindred to the operations in which the fragile, weakened or sick body searches the specific action of forward the help of others. If the specific action fails or the outside help is missing, in its reaseveration attempts, the ego reproduces isolation, splitting, regression, spasm and estrangement mechanisms with regard to the external world, appearing together in the form of a process generally recognized as "psychotization". The ethical function of the gaze is recognized as a fundamental element and indispensable for the intervention.

Key words: Psychotic disorders, hospitalization, psychic research, defense mechanisms, psychotization.

Recibido: 15 de marzo de 2018 / Aceptado: 23 de mayo de 2018

Correspondencia:

Xochiquetzaly Yeruti de Avila Ramírez, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Dirección postal: De Los Talleres 186, Valle Dorado, C. P. 78399, San Luis Potosí, S. L. P., México. Tel: 01 444 832 1000. Correo electrónico: xoyeruti@gmail.com

En este trabajo se realizan algunas aproximaciones que tienen como objetivo dilucidar y profundizar sobre lo concerniente a un fenómeno que se encuentra frecuentemente en la práctica clínica en hospitales, conocido en ese ámbito como "psicotización". Una hospitalización –por enfermedad o por accidente– impone al sujeto que la vive, una interacción insospechada entre estímulos exógenos y operaciones psíquicas. Tal vivencia entraña un proceso regresivo –algunas veces extremo– análogo a las operaciones en las que el cuerpo frágil, debilitado o enfermo (re)busca la acción específica del auxilio ajeno. Si esa acción específica falla o el auxilio ajeno falta en sus intentos de reaseveración, el yo reproduce mecanismos del orden del aislamiento, de la escisión, de la regresión, del espasmo y del "extrañamiento de su interés respecto del mundo exterior" (Freud, 1914/2012, p. 72) apareciendo en conjunto, bajo la forma de un proceso generalmente definido como "psicotización" que no figura en los diccionarios ni es parte de la semiología psiquiátrica pero que resulta común en el argot médico de los hospitales.

Atendiendo a la etimología de la palabra "psicotización", el sufijo –ción, supone una acción y un efecto (DRAE, 2014), específicamente en relación a lo psíquico, es una referencia explícita a un efecto sobre lo psíquico que parece próximo al de un fenómeno psicótico. En el campo médico dicho fenómeno es referido como "delirio del paciente crítico" y es considerado como un problema frecuente y grave que involucra alteraciones de la conciencia, de la atención y de la percepción del medio. Tal condición crítica lleva a suponer que, además de las alteraciones somáticas que un accidente o enfermedad conllevan –imponiendo esfuerzos anímicos– el funcionamiento de la institución hospitalaria, al tiempo que atiende la enfermedad, desdibuja la subjetividad y, en ocasiones, a manera de consecuencia, se traduce como uno de los factores que precipitan la ocurrencia de fenómenos análogos a los psicóticos sin que ello suponga un origen estructural.

Ello abre la necesidad de dilucidar y profundizar sobre lo concerniente a la "psicotización" dada su frecuente manifestación en pacientes hospitalizados por efecto de una enfermedad o de un accidente y desarrollar algunos argumentos, tanto en lo teórico como en lo clínico, que muestren una problematización sobre dicho fenómeno. Por lo que se parte de reflexiones específicamente psicoanalíticas sobre la teoría y la clínica de tales manifestaciones. Desde el discurso psicoanalítico, desde su manera de interpretar lo psíquico, su epistemología, su método y su teoría, se proponen los siguientes argumentos derivados de la experiencia clínica a la luz de las siguientes preguntas: ¿por qué es importante aclarar la posición ética de la que se parte cuando se intenta profundizar y entender la vivencia de otro? ¿cómo aproximarse a un fenómeno que por sus implicaciones en el tratamiento clínico no admite reduccionismos?

En términos de Green (2015) y específicamente relacionada con la transferencia, la "psicotización" aparecería como manifestación de una "locura privada", con la salvedad de que aquí no se trata de algo que surge únicamente en el "vínculo transferencial íntimo" (Green, 2015, p. 43) sino de aquello que se despliega posterior a una vivencia en la que la vida o la integridad del cuerpo están radicalmente amenazadas, produciendo –desde el mundo interior de quien es atravesado por tal proceso– reacciones psíquicas enigmáticas. Ante ello, tal vez en primera instancia, se podría pensar la "psicotización" como un medio de salvaguarda, que en términos freudianos hacen pensar que:

[...] el yo se ha defendido de la representación insoportable mediante el refugio en la psicosis
[...] El yo se arranca de la representación insoportable, pero ésta se entrama de manera inseparable con un fragmento de la realidad objetiva, y en tanto el yo lleva a cabo esta operación, se desase también, total o parcialmente, de la realidad objetiva. (Freud, 1894/2012, p. 60).

Por lo anterior, una pregunta inevitable es, ¿de qué elementos estaría constituida tal representación insoportable? Una primera aproximación al punto que aquí interesa es que se trata de algo en el horizonte de los lazos del yo con el cuerpo y con los otros. Al respecto, aunque partiendo de un análisis distinto pero próximo a lo referente a una "locura privada", Le Gaufey (2001) subraya que "A lo que es irremediablemente privado se atribuye, bajo la pluma de Freud, la cualidad inconsciente" (p. 248), en el entendido de que lo privado no abarca el concepto de lo inconsciente, pero para los fines de este trabajo, este costado del concepto permite aproximarse a la noción paradójica de extimidad, precisando que el término "extimidad" se fundamenta sobre la "intimidad" sin que ello suponga un antagonismo. Al respecto Miller (2010) dice "porque lo éxtimo es precisamente lo íntimo, incluso lo más íntimo. Esta palabra indica, sin embargo, que lo más íntimo está en el exterior, que es como un cuerpo extraño. La extimidad es una fractura constitutiva de la intimidad". El mismo autor, al retomar la relación de lo éxtimo con lo inconsciente, señala que:

[...] es preciso establecer una estructura de lo éxtimo que intente demostrar que es pensable, construible como lo más próximo, lo más interior, sin dejar de ser exterior. Demostrar esta estructura es lo que exige el concepto de inconsciente en Freud: es legítimo hablar de extimidad del inconsciente. (Miller, J.-A., 2010)

Las nociones de lo íntimo, lo privado y lo éxtimo configuran las pautas para hacer algunas precisiones sobre aquello que se moviliza en lo psíquico y de lo que parcialmente se pudo dar cuenta, a partir de una escucha analítica con quienes fueron atravesados por una enfermedad abrupta o por las consecuencias de un accidente, respecto de radicales formas de reorganización de la vida anímica, cuyas manifestaciones son análogas a fenómenos que parecen una mediación entre una prepsicosis y un desencadenamiento como tal. Cuando algo amenaza la estructura y la coordinación del esquema corporal y cuando además hay una violencia contra el lazo social o las comunicaciones afectivas, se imponen operaciones radicales en lo psíquico.

La "psicotización" surge entonces como una formación en la que el yo no pudo ajustarse a la realidad éxtima (neologismo introducido por Lacan en el Seminario 7 para problematizar la relación entre la interioridad y la exterioridad) y es distinta de la formación de un fenómeno psicótico, además conforma una operación psíquica creada para hacer borde entre los límites de la conciencia: franja entre la realidad interna y la externa. Más allá de una modificación estructural, se trata de un recurso defensivo y/o de un artificio narcisista cuya formación y operación se desdoblán ante un acontecimiento que escinde al yo.

Desarrollo

En el campo clínico-hospitalario visitar significa: ir a ver a alguien en el lugar en el que se halla o acudir a casa del enfermo para asistirlo (DRAE, 2014) y se deriva del latín *visitare* que significa "ver con frecuencia", "ir a ver", frecuentativo de *visere* que significa "ir o venir a ver" y derivado a su vez de *videre* que quiere decir "ver". En la práctica clínica hospitalaria, visitar a un enfermo, implica la acción de "ir a ver", no obstante, es importante destacar la diferencia de tal función en la práctica médica con respecto de una intervención analítica. Mientras que para la medicina, la observación es el fundamento de todo diagnóstico y tratamiento posible, para el psicoanálisis, más allá de observar, se trata de ocupar una función que abra las posibilidades de descifrar el lenguaje del inconsciente incluso en ausencia de voz, ya que la imposibilidad de hablar o de decir no suprime la función de una presencia que suscite la incorporación de palabras. Para ello se lleva en consideración que cuando "eso habla" no sólo es a través de palabras ya que "Si Freud tomó la responsabilidad [...] de mostrarnos que hay enfermedades que hablan y de hacernos entender la verdad de lo que dicen"

(Lacan, 1951/2009, p. 211). en el incorporar palabras se hace posible la vía analítica para hacer presencia que contribuya a re-hacer el cuerpo a fin de reengendrar "la cuadratura inagotable de las reaseveraciones del yo" (Lacan, 1949/2009, p. 103). Lo que posteriormente movilice en el sujeto el surgimiento de palabras no dichas, temidas, suspendidas, olvidadas hacia "la integración a que se llega de su posición en lo universal" (Lacan, 1951/2009, p. 219).

En el marco hospitalario, marcar la diferencia entre las funciones a partir de las cuales se llevan a cabo las distintas prácticas, es una condición fundamental para realizar intervenciones. Respecto a la especificidad de la escucha analítica, en primera instancia y previo a la formulación de actos de palabra, se privilegiaría la importancia de los actos de mirada que desplieguen el campo de una presencia.

Esta presencia real, se trata sin embargo de situarla en alguna parte, y en otro registro que el de lo imaginario. Digamos que es en tanto que yo les enseño a situar el lugar del deseo por relación a la función del hombre en tanto que sujeto que habla, que podemos entrever que el deseo viene a habitar el lugar de la presencia real, y a poblarla con sus fantasmas {fantômes}. (Lacan, 1961, p. 20)

Presencia-espacio para ser poblada por fantasmas y para posteriormente provocar, entrever deseos; presencia que sería, en este contexto de hospitalización, alternadamente acto de mirada y de palabra, de lo especular hacia lo transferencial. Se destaca que tal presencia bordearía un lugar distinto al de la escena real al desplegar un horizonte para que imágenes y figuras imaginadas o evocadas se impriman en tal presencia-espacio. Se establece entonces esa forma-lugar para situar la disposición a que sea poblada de fantasmas.

Los siguientes relatos muestran momentos en los que las operaciones de aseguramiento psíquico se desdoblaron frente a la violencia de la imposición de imágenes de fragmentación de sí o de vaciamiento y que al tiempo, reactualizan la angustia originaria.

"Ven a ver lo que dice"

Acciones y palabras; ciertamente habría que ver las palabras. Al llegar a la unidad de quemados, antes de leer los expedientes, como dicta el protocolo hospitalario para comenzar la "visita", la doctora responsable del equipo médico de anestesiología –equipo fundamental cuando de curaciones por quemaduras se trata–, comentó: ¿conoces al nuevo ingreso?, la transfirieron ayer de terapia intensiva, en la curación de hoy, sedada, dijo cosas rarísimas, habrías de ver. Al día siguiente, al llegar a la unidad de quemados, ya había iniciado la curación. Era una joven adolescente indígena de más o menos 16 años, con quemaduras en ambas extremidades inferiores y área genital. Con los ojos entreabiertos, sedada, la joven decía palabras en su lengua mezcladas con palabras en español. Parecían neologismos, creaciones léxicas entre su lengua y el idioma español o agramatismos. Palabras vigorosas a pesar de la sedación. Las palabras eran confusas, mientras que también el tacto, delicado y fino, contradecía los supuestos efectos de los sedantes.

Una alternancia entre vigorosos agramatismos y automatizantes movimientos, describiría el momento en que ciertamente habría que "ver lo que dice" pensando el cuerpo y sus manifestaciones como texto mostrado para ser leído. Con un autoerotismo protector, la joven parecía insistir en la búsqueda de una sensación que, sedada, le provocara alivio no sólo físico sino psíquico. Minutos después de la curación, aparentemente serena, consciente, la joven sólo recordaba el momento previo a la sedación. Al preguntar sobre su lengua, aclaró no hablarla, apenas recordar algunas palabras que escuchó de sus abuelos, aquellas palabras recordadas significaban agua, leche, mamá.

Pareciera que escuchar lo que la joven paciente decía cuando estaba sedada era otra manera de ver (mirar) trazas de las formas de Eros, de lo más íntimo, de lo inconsciente y de su carácter atemporal; asomos de huellas mnémicas que interrumpían la realidad exterior.

"Ya sé que no está, pero la siento"

Un joven migrante, desde hacía mucho tiempo había soñado con trabajar en EUA. Casado y con la responsabilidad de cuidar de su hija recién nacida, desempleado en su país, decidió emprender un viaje en busca de trabajo y de mejores condiciones de vida para su familia. Junto con otros amigos, atravesó fronteras en tren. Un "error de cálculo", según palabras del paciente, le hizo resbalar en un intento por subir al tren en movimiento. Al quedar debajo del tren perdió la conciencia dando cuenta de sí de manera intermitente y confusa. Lo último que el paciente recordaba era haber visto a sus amigos partir en el tren. Al recuperar la conciencia, en el hospital, el paciente, con un "blanco" en la memoria, siente un intensísimo dolor que lo lleva a retirar las sábanas y las vendas que le cubrían la herida de una amputación. El paciente gritaba de dolor, de un dolor que aún con sedantes no disminuía. En la solicitud de interconsulta, decía: "masculino de 32 años con dolor del miembro fantasma por amputación. Paciente de difícil manejo". En un territorio desconocido, al despertar, su cuerpo le presenta su extranjería. Fantasmas, pérdida, dolor y amnesia parecían constelar un proceso de "psicotización" que en actos de mirada y de palabra, harían una franja, aquella que parecía difusa no sólo geográfica sino psíquica y subjetivamente. El espacio de escucha abierto a la función de la palabra pareció "dar lugar" a la posibilidad de andar.

"Diosito me castigó por ser malo"

A sus 5 años de edad, jugando, un "accidente" le provoca quemaduras en casi la totalidad de su cuerpo. "Diosito me castigó por ser malo" se tornó una frase insistentemente repetida. La trabazón entre una idea de maldad estructural y la búsqueda inconsciente de un castigo para redimirla requerían la mirada del padre que fue desviada provocando la reactualización del desvalimiento originario {Hilflosigkeit}. Lo anterior desencadenó una serie de manifestaciones de un proceso de "psicotización". Llanto incontrolable, gritos, golpes hacia sí y los otros, terrores nocturnos, pesadillas y la idea de que "alguien" –un hombre feo, alto y vestido de negro–, según lo descrito por el paciente, se lo quería llevar, constelaban una forma de angustia persecutoria que parecía enajenarlo del mundo exterior. La mirada del padre hubiese fungido como el auxilio ajeno (Freud, 1950 [1895]/2012, p. 362) que llevara a cabo la acción específica de soporte narcisista y sedante psíquico, pero, al ser desviada, soporte y sedante faltan, ante ello, los primarios mecanismos defensivos del yo resultan insuficientes.

Los relatos anteriores muestran, desde el horizonte de la clínica, que una estructura o posición subjetiva no garantiza una protección infalible ante ciertas formas de ruptura de la barrera antiestímulo debido a que dichas rupturas conllevan movimientos radicales en lo psíquico cuando han sido provocadas por una intrusión violenta y abrupta desde lo éxtimo.

En casos en los que son amenazadas las investiduras narcisistas, la experiencia es caracterizada según Green (2015) por "<<lo blanco>>" (p. 112), quien además, señala los conceptos bajo los que algunos psicoanalistas han intentado abarcar tal estado de conmoción: "El retorno de lo reprimido da origen a la señal de angustia. El retorno de los elementos segregados se acompaña de sensaciones de grave amenaza, de <<desvalimiento>>, <<aniquilación>> (Klein, 1946), <<terror sin nombre>> (Bion, 1970), <<desintegración>> o <<agonías>> (Winnicott, 1958)" (Green, 2015, p. 112).

Lo onírico, lo ominoso, lo mnémico, así como ese "algo" de la angustia originaria en su forma intensa y éxtima se tornan reveladores de cuan pulsional, amenazante e insoportable resulta para el

yo una vivencia que provoca trabazones. ¿Qué es lo que amenaza? ¿Qué acontece en lo psíquico que a través de formaciones del inconsciente opera como aseguramiento {Sicherheit} o medida protectora del yo? ¿Cuáles serían los elementos funcionales de tal formación?

Destacando la tarea de vida –noción a la que Freud llega a hacer referencia en un par de ocasiones casi al final de Contribuciones a la historia del movimiento psicoanalítico–, Benno Rosenberg (2003) propone y desarrolla la idea de un masoquismo guardián de vida lo que aquí es tomado para fundamentar las reflexiones en torno a la formación de la "psicotización", como una forma de erotización de la destructividad de la pulsión de muerte, en tanto que la libido es sustraída de los objetos del mundo externo, se expande temporal, parcial y hostil pero guardianamente, sobre los del mundo interno.

Según Rosenberg (2003) hay en lo pulsional, una dimensión que tiende a la provocación de la vida y otra que aparecería como un ataque melancólico: particular relación entre pulsión de vida y narcisismo en tanto receptáculos de la potencia propiciadora de la "psicotización".

En lo referente al narcisismo Freud (1924 [1923]/2012), en Neurosis y psicosis sugiere que el yo es empleado y guardián de la conservación del aparato psíquico y del individuo (p. 26). Así resulta importante recordar la noción de narcisismo a la que Freud (1914/2012) señala como "complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación, de la que justificadamente se atribuye una dosis a todo ser vivo" (p. 72). Acto regresivo protector –no obstante, radical– dirigido a cumplir la función autoconservadora del yo.

Las diversas formas de expresión de la "psicotización" aparecen indiferenciadamente entre reacciones narcisistas o radicalmente pulsionales, anulando parcial y temporalmente las operaciones psíquicas de la conciencia necesarias para que se produzca la posibilidad de dar palabra a lo que atenta contra el cuerpo, provocando angustia.

Siguiendo esta argumentación, pareciera que para que se produzca una tramitación de lo insoportable, antes debe darse otra operación psíquica: la "psicotización", la cual fungiría como aseguramiento y franja en el narcisismo en ese proceso regresivo radical en dirección al autoerotismo.

La "psicotización" que adviene con singular frecuencia durante el proceso de hospitalización, deriva de que una afectación somática trastoca la vida psíquica al producirse una irrupción violenta y con ello la reactualización del "inicial desvalimiento" (Freud, 1950 [1895]/2012, p. 363) ya que al mismo tiempo, se intenta desmentir la insuficiencia del cuerpo, aun cuando la realidad irrestricta la afirma. Operación que, en tanto atentado contra el narcisismo, revela algo próximo a lo que Lacan (1949/2009) en El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica señala como "una exigencia de compromiso en la que se expresa la impotencia de la pura conciencia" (p. 104): exigencia de concesión caracterizada por una ruptura en la trama de las imaginaciones y por extravíos del deseo ante el retorno del desvalimiento.

Por efecto de una enfermedad o accidente, las estrategias de intervención hospitalaria constituyen formas específicas de aislamiento. Especularmente, en el yo acontece algo similar: con referencia al mundo exterior, el yo se hace isla. Tal aislamiento resulta análogo a lo que en su escrito sobre Neurosis y psicosis Freud (1924 [1923]/2012) define como una frustración externa ante la que el "efecto patógeno depende de lo que haga el yo en semejante tensión conflictiva" (p. 157) en el caso de la "psicotización", el yo es "avasallado por el ello y así se deja arrancar de la realidad" (Freud, 1924 [1923]/2012, p. 157).

Aislamiento, privación y restricciones son formas cotidianamente presentes insertas en los dispositivos hospitalarios de atención en situaciones críticas del cuerpo. El recurso de aislar al paciente que, por las condiciones de su enfermedad, debe ser apartado, impone un borramiento del lugar subjetivo, quedando un cuerpo privado de los beneficios del lazo con los otros, expuesto a la mirada científica que observa y atiende las alteraciones orgánicas en dirección a un restablecimiento físico.

Allende las necesarias intervenciones médicas, una intervención analítica llevaría en consideración, a propósito de la función del ver y del mirar, lo expuesto en Pulsiones y destinos de pulsión (Freud, 1915a/2012) acerca de la vuelta hacia la persona propia en la que hay tres etapas para el destino pulsional que tiene por meta la satisfacción en el par de opuestos, ver y mostrar:

- a) el ver como actividad dirigida a un objeto ajeno; b) la resignación del objeto, la vuelta de la pulsión de ver hacia una parte del cuerpo propio, y por tanto el trastorno en pasividad y el establecimiento de la nueva meta: ser mirado; c) la inserción de un nuevo sujeto (es decir, un nuevo agente), al que uno se muestra a fin de ser mirado por él. (p. 125)

Esto resulta importante dado que Freud esboza, en lo que introduce en términos de un instante exhibicionista-voyerista, la idea de un momento conformador de la mirada. Es decir, la mirada aparece como un destino pulsional que en este caso lleva a pensar la meta en términos, ya no sólo de reaseveraciones del yo, sino de remiendos psíquicos. Lo que apunta a dar cuenta de la necesidad de formas inéditas de intervención en los procesos de hospitalización.

Pensada así, la "psicotización" podría ser tomada como:

- a. Una formación encubridora de un tiempo objetivado bajo el carácter atemporal de lo inconsciente necesario para un aseguramiento del yo y de las operaciones de la conciencia.
- b. Operación psíquica próxima también a los fenómenos de escisión {Spaltung} de la conciencia que según Freud (1915b/2012) "Admiten describirse de la manera más certera como casos de escisión de la actividad del alma en dos grupos, siendo entonces una misma conciencia la que se vuelve alternadamente a un campo o al otro" (p. 167).

Tales formas de alternancia de la conciencia entre el mundo externo y el mundo interno, que se revelan con cierta frecuencia durante el internamiento hospitalario, constatan la alternancia en la que "el yo se crea, soberanamente, un nuevo mundo exterior e interior" (Freud, 1924 [1923]/2012, p. 156) donde tal mundo se edifica en el sentido de las mociones de deseo del ello; motivo de la ruptura-quebranto del yo con la realidad externa.

La huella en la conciencia y la memoria del cuerpo, referentes a lo que Lacan (1936/2009) llama miseria vital, homóloga al inicial desvalimiento definido por Freud (1950 [1985]/2012), reactualizan el momento en el que "El organismo humano es al comienzo incapaz de llevar a cabo la acción específica" (p. 362) dando elementos para pensar que la violencia de los estímulos advenidos del mundo externo es el fundamento de la acción específica: cancelación del estímulo que sólo es posible mediante un movimiento que opere como aseguramiento de sobrevivencia del yo frente a la tensión producida por algo inespecífico en la vivencia de hospitalización.

En condiciones de aislamiento, el paciente hospitalizado no encuentra el auxilio ajeno que realice la referida acción específica. La reactualización insoportable del inicial desvalimiento o de la miseria vital, sería uno de los elementos a los que se articula el surgimiento de las formas de una "emergencia del sentimiento ominoso" (Freud, 1919/2012, p. 246).

Así, además de una alternancia entre dimensiones opuestas a las de la conciencia, el proceso de “psicotización” se configura como un destino pulsional o forma narcisista para contrarrestar los efectos de un atentado a las posibilidades conocidas de comunicación afectiva y a las medidas de protección que en el yo se desplegaban frente a las ominosas impresiones del inicial desvalimiento-miseria vital.

Bajo esa argumentación, se puede inferir que lesiones o alteraciones somáticas reactualizan el esfuerzo psíquico de soportar la amenaza del desvalimiento vía una elaboración onírica, encubridora o delirante, proceso regresivo echado a andar desde una imagen ortopédica de la totalidad del cuerpo hacia una imagen fragmentada del yo.

Un internamiento hospitalario, como precipitante de un proceso de “psicotización”, implica una forma de regresión, en tanto que además de la forma más primaria de angustia de la que pueda tenerse noticia, se agregan las restrictivas estrategias de organización y formas de control hospitalarias –privaciones de todo cuanto se aproxime al disfrute– que restringen la función de Eros, aquella cuya fuerza tiende a la creación de uniones asociadas a la pulsión de vida.

La frustración radical de formas temperadas de disfrute, desencadena desbordamiento de angustia que puede devenir como un proceso de “psicotización”. Por otro lado también, en el intento por dar cuenta de la dolorosa realidad, formaciones delirantes se desdobl原因 partiendo de esforzados razonamientos para bordear la angustia, elaborándose así un “parche colocado en el lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo exterior” (Freud, 1924 [1923]/2012, p. 157) es decir, una sutura psíquica.

Es entonces que, en términos de otra forma de intervención clínica, tiempo y espacio subjetivos configuran una relación que no reproduzca, en el sentido estricto, los dispositivos hospitalarios, sino que abra un espacio y dé tiempo a la función y campo de la palabra y del lenguaje en un movimiento simultáneo entre hacer signo para alguien y hacer signo de alguien, ello a propósito de lo postulado por Lacan (1961) en términos de la transferencia:

Un significante, ¿es simplemente representar algo para alguien? ¿Es incluso ésta la definición del signo? Es eso, pero no simplemente eso. La última vez que recordé para ustedes la función del significante añadí otra cosa, esto es que el significante, no es simplemente hacer signo para alguien, sino, en el mismo momento del resorte significante, de la instancia significante, hacer signo de alguien –hacer que el alguien para quien el signo designa algo, asimile ese signo, que el alguien se vuelva él también ese significante. (p. 23)

Es en tal forma de intervención, donde podrían situarse la función y el lugar del clínico ante otro que atraviesa un episodio hospitalario donde los cambios en las esferas del cuerpo y de su imagen, en los afectos, en las fantasías y en los investimentos, sumados a una especie de revuelta del deseo, llevan a construir un espacio de intervención diferenciado de la mera intención de dar sentido a la vivencia. Son tales, algunos de los elementos para pensar un breve pero radical y frecuente momento de “psicotización” durante un proceso hospitalario.

Discusión y conclusiones

La "psicotización" es, según pueden dar cuenta de ello los relatos, una vía enigmática y singular hacia una forma de aseguramiento del yo, una suspensión necesaria para continuar la trama de los procesos de Eros y la secuencia de lazos que posibiliten una re-vuelta en lo psíquico. Es el efecto de una conmoción no sólo en la envoltura narcisística (según el caso del sujeto migrante) sino también de un exceso en la extimidad (como se anoticia en el caso de la joven indígena), en ese campo indiferenciado de lo íntimo-histórico y lo exterior-subjetivo, que moviliza elementos pulsionales, imaginarios y simbólicos a partir de lo que un accidente o enfermedad ha conmovido, por lo cual, es indispensable una forma de intervención que propicie un espacio privado de re-construcción, una escucha "otra" que abra y otorgue un lugar de mirada y de palabra (a propósito de las intervenciones en el caso del niño con quemaduras) para recibir el decir de quien por estar en condición de hospitalización, cae en un proceso en el que el yo ha quedado como rehén.

En esto radica la importancia de reflexionar sobre la posición ética desde la que se propone intervenir en situaciones en las que la conciencia y los mecanismos defensivos del yo se nublan, específicamente en procesos de internamiento hospitalario, pues nos lleva a destacar la función de una presencia que, por sí misma, antes de propiciar un espacio de escucha, establezca condiciones de soporte al narcisismo fracturado por el aislamiento, a manera de un lazo tejido a partir de una alternancia entre las funciones de la mirada y de la palabra. Un lazo claramente pensado desde una ética de la presencia y de la mirada; mirada mesurada y oportuna, nunca invasiva o transgresiva, mirada que desdiga la indefensión revivida por el aislamiento que el hospital requiere y por el aislamiento que el sujeto resiente respecto a sus otros de la vida cotidiana y a las fantasías surgidas en un yo fracturado y confirmadas en lo real del acontecimiento hospitalario. Así pues, sería una mirada implícita –a manera de ética ante el otro– en las intervenciones y en la lectura y traducción de la vivencia de quien, a través de la "psicotización" como último recurso defensivo, intenta resguardarse de los estragos psíquicos de un avasallamiento físico al manifestar formas enigmáticas de reacción ante la violencia disruptiva de agresiones que se enraízan en: 1) un núcleo pulsional, reflexión suscitada a partir de la escucha del niño con quemaduras, 2) en un núcleo narcisista, conforme se puede esbozar a partir de pensar el fenómeno del dolor del miembro fantasma experimentado por el sujeto migrante o, 3) en una paradójica extimidad, según los privados y muy íntimos decires de la joven indígena incluso bajo sedación.

Desde tal posición ética, dos elementos clínicos serían importantes e incluso podrían pensarse conjuntamente como parte fundamental del proceso de intervención en estas situaciones extremas: a) la mirada que abra un espacio al despliegue de las reaseveraciones del yo de quien encuentra en la "psicotización" una suspensión de la vivencia del desvalimiento, a las exigencias del mundo externo o a los mandatos superyoicos, y b) la escucha de lo singular que deje entrever y redireccionar deseos y posibilitar resignificaciones. Ambos elementos se dispondrán frente a los movimientos pulsionales que buscan otra ordenación psíquica, así como ante las reaseveraciones del yo que impactarán sobre lo imaginario provocando las necesarias suturas en el narcisismo.

En síntesis, podría decirse que la "psicotización" a consecuencia de un proceso de hospitalización por enfermedad o por accidente, da cuenta de un movimiento psíquico desencadenante o desencadenado por cambios físicos y redoblado por condiciones contextuales, es decir, que las necesarias pero restrictivas formas de atención de la institución hospitalaria inciden en una anulación subjetiva o un episodio de desamparo. La intervención de la que aquí se ha hablado adjudica a la función de la mirada la posibilidad de preservar al yo frente a los trastocamientos que lo avasallan desde la extimidad.

Esta intervención señala lo imprescindible de una presencia que antes de suscitar nuevos significantes, provoque reinvestiduras yoicas y objetales que favorezcan la reedición del deseo.

Referencias

- Freud, S. (1894/2012). Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias). En J. Strachey. (Ed.), *Sigmund Freud, Obras Completas. Primeras Publicaciones Psicoanalíticas (1893-1899) III* (pp. 41-68). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1914/2012). Introducción del narcisismo. En J. Strachey. (Ed.), *Sigmund Freud Obras completas. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-16) XIV* (pp. 65-98). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1915a/2012). Pulsiones y destinos de pulsión. En J. Strachey. (Ed.), *Sigmund Freud, Obras Completas, Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916) XIV* (pp. 105-134). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1915b/2012). Lo inconciente. En J. Strachey. (Ed.), *Sigmund Freud, Obras Completas. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-16) XIV* (pp. 153-213). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1919/2012). Lo ominoso. En J. Strachey. (Ed.), *Sigmund Freud, Obras completas. De la historia de una neurosis infantil (el <<Hombre de los Lobos>>) y otras obras (1917-1919) XVII* (pp. 215-251). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1924 [1923]/2012). Neurosis y psicosis. En J. Strachey. (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas. El yo y el ello y otras obras (1923-1925) XIX* (pp. 151-159). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1950 [1895]/2012). Proyecto de psicología. En J. Strachey. (Ed.), *Sigmund Freud, Obras Completas. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1899) I* (pp. 323-464). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Green, A. (2015). *De locuras privadas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Lacan, J. (1936/2009). Más allá del "Principio de realidad". En J. D. Nasio. (Ed.), *Escritos 1* (pp. 81-98). Ciudad de México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1949/2009). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En J. D. Nasio. (Ed.), *Escritos 1* (pp. 99-106). Ciudad de México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1951/2009). Intervenciones sobre la transferencia. En J. D. Nasio. (Ed.), *Escritos 1* (pp. 209-220). Ciudad de México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1961). La presencia real. En R. E. Rodríguez (Ed.), *Jacques Lacan, Seminario 8 Clase 18, 1960-1961. La transferencia en su disparidad subjetiva, su pretendida situación, sus excursiones técnicas* (pp. 1-24). Buenos Aires, Argentina: Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- Le Gaufey, G. (2001). *El lazo especular. Un estudio transversal de la unidad imaginaria*. Ciudad de México: Epeele.
- Miller, J. A. (2010). *Más interior que lo más íntimo*. www.pagina12.com.ar Recuperado el día 4 de Junio del 2018 en <https://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/psicologia/subnotas/143452-46125-2010-04-08.html>
- Rosenberg, B. (2003). *Masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida*. São Paulo, Paulo, Brasil: Escuta.