



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

Facultad de Psicología

“Trabajo Integrador Final”

**Título: ¿Una clínica psicoanalítica con personas que tienen afasia?...
Y... ¿por qué No?**

Autora: Lenzi, Mailen Antonela.

Legajo: L-5101/2

Docente Responsable: Chamorro, Marisa.

Modalidad: Ensayo.

Rosario

Año 2018

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a Marisa Chamorro, quien me ha acompañado y guiado en el proceso de escritura y aprendizaje del presente ensayo. No he cursado con ella y no la conocía hasta esta instancia. Luego de haber leído el programa del seminario que dicta en la UNR, me pareció la persona indicada por la temática que convocaba la escritura del ensayo.

Además quisiera agradecer a Miriam Gómez, fundadora de A.R.A., quien me ha dado la posibilidad de realizar una práctica como tallerista de la organización desde el año 2016 hasta la actualidad (2018).

ÍNDICE

*Resumen.....	pág. 4
*Palabras clave.....	pág. 4
*Introducción.....	pág. 5
*Un acercamiento al síndrome afásico.....	pág. 6
* Un trauma, dos muertes.....	pág. 7
*El (amplio) campo psi.....	pág. 8
* Terapias Cognitivo Comportamentales y la Neuropsicología: Un acercamiento a sus concepciones clínicas.....	pág. 8
* Discurso, Práctica y Ética del psicoanálisis.....	pág. 14
* Del ser al tener un cuerpo.....	pág. 19
* Diferencias en el diferencial.....	pág. 21
*Conclusión.....	pág. 25
*Bibliografía.....	pág. 27

RESUMEN

El presente ensayo se desarrolla en torno a la pregunta si es posible una práctica psicoanalítica con personas que tienen afasia. Puesto que la afasia es producto de un daño cerebral que afecta a la función de la comprensión y elocución del lenguaje.

Se describe como se realiza la práctica con personas que tienen afasia desde la Terapia Cognitiva Comportamental y desde la Neuropsicología. Planteando la diferencia desde el discurso, la práctica y la ética del psicoanálisis, en lo concerniente a la función del lenguaje.

PALABRAS CLAVES:

Afasia- T.C.C.-Neuropsicología- Lenguaje-Psicoanálisis.

INTRODUCCIÓN

¿Una clínica psicoanalítica con personas que tienen afasia? ... Y... ¿por qué No? Este es el título del ensayo, ya que fue el interrogante que me impulsó a realizarlo, debido a mi interés por la clínica con personas que tienen afasia, y mi posicionamiento como futura psicóloga, desde la ética y la práctica psicoanalítica.

Mi interrogante por la clínica con personas que tienen afasia se presenta, luego de integrar el grupo de talleritas de A.R.A., Asociación Rosarina de Afasia (A.R.A.). La oportunidad de ingresar a dicha asociación se me concede en el año 2016, aún en la actualidad (2018) participo de los talleres.

La Asociación Rosarina de Afasia fue creada en el año 2003 por Miriam Gómez, fonoaudióloga de la ciudad de Rosario. Dicha asociación es una Organización sin fines de lucro que está ubicada en la calle San Luis 2145, 3º piso.

La afasia es un síndrome que se produce por una disfunción en el centro del lenguaje, a causa de un daño cerebral. Este síndrome tiene como consecuencia la imposibilidad o disminución de la capacidad de comunicarse mediante el habla, la escritura o los signos. Las personas con afasia pueden tener además trastornos del movimiento en uno o varios miembros. Las causas de la afasia pueden ser accidentes cerebro vasculares (ACV), accidentes de tránsito o golpes severos en la cabeza, que genera un amplio impacto en el organismo pero también en las relaciones afectivas y sociales de quienes la sobrellevan.

La creación de A.R.A. fue impulsada por la necesidad de ofrecer más recursos para mejorar la calidad de vida de las personas que tienen afasia y sus familiares.

La finalidad de A.R.A. es recreativa, pero no por ello deja de tener efectos terapéuticos, ya que se genera un espacio donde las personas que tienen afasia puedan estar con otros que atraviesan el mismo síndrome, permitiéndoles mediante el fortalecimiento de lazos sociales, la disminución del impacto emocional que genera la afasia en los sujetos.

En A.R.A. se llevan a cabo talleres de comunicación, de psicología, de plástica y de sexualidad. Los talleres de comunicación son coordinados por estudiantes de fonoaudiología, los de psicología por quien escribe este ensayo en calidad de estudiante de psicología, el taller de plástica por un estudiante de arte y el de sexualidad por dos médicos. Cada taller se desarrolla de manera independiente el uno del otro, realizándose cada uno de estos una vez al mes; por lo cual el trabajo es multidisciplinario.

Mi posicionamiento como futura psicóloga es desde la clínica psicoanalítica, ya que comparto y adhiero a su ética y a su discurso. Pero en las personas que tienen afasia, se encuentra comprometida la comprensión del lenguaje, tanto escrito como oral. Lo que hizo que me pregunte: ¿cómo abordar el padecer subjetivo cuando hay una dificultad en la comprensión del lenguaje y muchas veces en la palabra? Hay una dificultad, y muchas veces un dialecto al que se lo denomina jergafasia. Entonces ¿por qué no poder abordar una clínica psicoanalítica con personas que tienen afasia? ¿Será posible?

Es por ello que el siguiente ensayo se desarrollará en torno al interrogante: ¿es posible abordar la práctica psicoanalítica con personas que tienen afasia?

Un acercamiento al síndrome Afásico

Para comenzar con el desarrollo del ensayo considero pertinente un acercamiento al concepto y a la sintomatología del síndrome afásico. El cual se realizará desde la teorización de Azcoaga. La afasia es un trastorno neurológico del lenguaje. En concordancia a dicho autor, el siguiente ensayo denominará afasia a la alteración semántica del lenguaje, la clásica "afasia de Wernicke". Es conveniente aclarar este punto antes de progresar, puesto que existen diversas clasificaciones de afasia; a modo de ejemplo nombraré la afasia de Broca, la cual Azcoaga la denomina anartria, a diferencia de otros autores, como es el caso de Luria.

La afasia es denominada síndrome afásico, ya que se trata de un conjunto de síntomas. Según Azcoaga (1992), las alteraciones en la comprensión del lenguaje es la característica principal y más importante del síndrome afásico. Su elocución es difícilmente comprensible, mientras que algunas palabras pueden pronunciarse correctamente, y la canción del lenguaje (prosodia) se aproxima a la normal.

Otros síntomas son las parafasias, anomias, una jerga con neologismos que se asemeja a un lenguaje extranjero (jergafasia); también es habitual la vacilación (latencia), perseveraciones las cuales son la repetición de palabras o sílabas, las alteraciones de series (la confusión al contar), y las interferencias afásicas, las cuales son una anomia con sustitución de la palabra, no codificada, por una definición. Además presentan tanteo verbal, siendo esta una búsqueda de la palabra entre los significados próximos, conduciendo a una parafasia verbal paradigmática. También puede encontrarse en el cuadro afásico un trastorno en la escritura (agrafia) y en la lectura (alexia), y repetición de las palabras (ecolalia). (Azcoaga, 1992)

A su vez, puede ser que la persona con afasia conserve la prosodia, pronuncie correctamente las palabras y frases, como así también la sintaxis de estas. Sin embargo, Azcoaga (1992) plantea, que en estos casos lo que está alterado no es la elocución sino la coherencia y la continuidad de los significados en las frases que dice.

Se suele clasificar a los síntomas recién mencionados de la afasia, por los procesos fisiopatológicos que los determinan en dos grupos, los inhibitorios y los excitatorios. La inhibición sobrelímite o incondicionada, surge cuando la capacidad de trabajo del analizador verbal ha sido superada. La pérdida o dificultad de la comprensión del lenguaje se debe a procesos inhibitorios del analizador verbal, debido a una lentificación de la actividad analítica-sintética de este; por consecuencia se disminuye la capacidad de decodificación semántica. La comprensión de la persona que tiene afasia puede mejorar cuando se le habla más lento y se le repite las veces que sea necesario lo que se le ha dicho. (Azcoaga, 1992)

Además, otra de las causas de la incompreensión del lenguaje es la desintegración o afectación de las estructuras neuronales que mantienen la organización de los estereotipos verbales. "Los estereotipos verbales son los sustentos neurofisiológicos del significado de las palabras". (Azcoaga, pp. 273,1992)

La alteración en la inhibición y excitación del analizador verbal, repercute en el sistema de conexiones de los estereotipos verbales. Tanto en la adquisición como en el mantenimiento de los estereotipos verbales, la inhibición interna (adquirida) cumple un papel muy importante, puesto que impide la dispersión de la excitación hacia lugares no correspondientes. Dicha alteración en la inhibición interna, genera un curso no controlado de la excitación. Por lo tanto la logorrea, jergafasia, parafasias verbales paradigmáticas, ecolalia y perseveraciones son algunos de los síntomas del grupo excitatorio. Mientras que los síntomas por inhibición son las latencias, mutismo o boque total, tanteo verbal y pérdida o dificultad de la comprensión del lenguaje. (Azcoaga, 1992)

El síndrome afásico, es la consecuencia de un daño en el área de Wernicke. Este puede deberse a un accidente cerebro vascular (ACV), tumor cerebral, accidentes de tránsito o a algún golpe severo en la cabeza, que como consecuencia genere un daño en el cerebro, en el área de Wernicke.

Un trauma, dos muertes

Imaginémonos que estamos mirando la tele, leyendo, trabajando, caminando o realizando cualquier actividad, y luego de un parpadeo, nos despertamos en la sala de un hospital, en Japón o en cualquier otro país donde el idioma nos es desconocido. Los médicos y enfermeras nos hablan y no podemos comprender nada, ni cómo, ni por qué estamos ahí, y menos por qué no comprendemos lo que nos dicen. Luego ingresan familiares, los cuales hablan el mismo idioma que los médicos y tampoco podemos comprenderles. Queremos hablarles, pero las palabras que nos salen son en español (en nuestro idioma), por lo cual ellos tampoco nos pueden comprender.

Dada la etiología del síndrome afásico, es claro notar que la persona no ha ido perdiendo paulatinamente las capacidades referentes al lenguaje y en caso que se sumen, algunas capacidades motrices como suele ocurrir. Sino que es repentino y brusco, por lo cual esta experiencia puede denominarse como traumática.

Por lo tanto las personas que tienen afasia deben transitar el trauma y el duelo de una parte de su yo, tanto la capacidad de comprensión y elocución que tenían antes de la escena traumática, como además, en caso de que sea acompañado de una secuela motriz, también la imagen corporal. A esto suele acompañarlo el carnet de discapacidad, es decir, enfrentarse que ante la sociedad son considerados discapacitados, por lo cual su trabajo, en caso de tenerlo suelen perderlo, pues son jubilados por discapacidad. El vínculo familiar, suele ya no ser el mismo, su cónyuge e hijos ahora cumplen roles maternos o paternos. Las personas con afasia suelen perder gran parte de su autonomía, son llevados, traídos, se les organiza la agenda, en la mayoría de las veces esa agenda cuenta con visitas a médicos, fonoaudiólogos, psicoterapeutas, neurólogos, traumatólogos, y un sinnúmero de especialistas, y sumado a eso, sus familiares suelen tomar decisiones por ellos.

Concuerdo con la reflexión de Geromini (1995), donde este conjunto de pérdidas irá generando modificaciones psicológicas, a lo cual agregaría desde mi posicionamiento psicoanalítico, modificaciones subjetivas, según cada caso en particular, en relación con su propia historia personal y provocarán vivencias que estarán en relación con el quebrantamiento, según Geromini, (a lo que diría a la escena traumática), hasta su raigambre más profunda, lo que determinarán cómo la persona manifieste y transite el sufrimiento y la desorientación.

Además coincido con la doctora en fonoaudiología Geromini (1995), mejor dicho es lo que ha iniciado a escribir este ensayo; en que la atención terapéutica debe estar dirigida, a la persona que tiene afasia y no a la afasia.

Geromini (1995) plantea a la afasia como una muerte parcial del hombre puesto que “una parte del cerebro ha muerto”, y a ella se le suma la muerte social. Según esta autora, la muerte social que transita la persona con afasia “queda demostrado en las distintas formas en que es obviado, en los discursos de otros puestos en reemplazo de su propio discurso” (Geromini, 1995, pp.3), como también en las limitaciones de los vínculos sociales, en el distanciamiento de amigos, allegados y familiares directos, en la imposibilidad de seguir el ritmo acelerado de la sociedad moderna, en la inflexibilidad del plazo concedido para su reincorporación al trabajo y hasta en la pérdida de su trabajo en caso que adquiera el carnet de discapacidad.

El (amplio) campo psi

La psicología llega a posicionarse como ciencia experimental a fines del siglo XIX. Este énfasis en lo experimental llevó a la adopción de las posturas empíricas en la búsqueda del conocimiento, producto de la influencia del positivismo de la mano de Augusto Comte, quien planteaba que los conocimientos reales son aquellos observables. Es importante señalar que la psicología comienza como disciplina autónoma cuando utiliza el método experimental con Wundt quien crea el primer laboratorio de Psicología, dándole a la psicología un lugar entre las ciencias físicas y las ciencias naturales.

A partir del siglo XX se crearon distintas escuelas psicológicas, las cuales se diferencian entre sí, tanto por el objeto de estudio como por el método que emplean. Actualmente coexisten distintas escuelas con diferentes puntos de vistas respecto a la psicología, su objeto y su método. Por lo cual cabe destacar que no hay una definición única y homogénea respecto a la psicología, sino múltiples paradigmas internos a la psicología, los cuales difieren en su metodología, en su concepción epistemológica y en su modo de abordaje psicoterapéutico. La psicología es un campo heterogéneo y diverso, donde coexisten diversas escuelas psicológicas en un medio de lucha por el reconocimiento, la propia existencia y la reproducción de su discurso. (Saenz, 2016)

Se ha teorizado y se realiza un abordaje psicoterapéutico del síndrome afásico, mediante los paradigmas de la Cognitiva Comportamental y la Neuropsicología.

Sucede que el psicoanálisis es 'la cura por la palabra', y pareciera que no podría llevarse a cabo con aquellos sujetos que tienen dificultad tanto en la comprensión como en la elocución del lenguaje.

Si bien postularé en este ensayo el modo de abordaje de los pacientes que tienen afasia desde la Terapia Cognitiva Comportamental (T.C.C.) y la Neuropsicología, no es con la finalidad de menospreciar ni descalificar su labor, sino poder plantear los motivos por los cuales no adherido a dicha práctica, ya que mi posición como futura profesional es desde el discurso psicoanalítico. Y de allí mi interés en este ensayo intentando responder a la pregunta: ¿es posible la práctica psicoanalítica con personas que tienen afasia?

Terapias Cognitivo Comportamentales y la Neuropsicología: Un acercamiento a sus concepciones y clínicas

En términos generales las Terapias Cognitivas Comportamentales (T.C.C.), intentan responder al ideal de una psicoterapia breve, controlable, evaluable y focalizada en el síntoma. Por lo cual lo que guiará a los terapeutas en su práctica es la erradicación de ese o esos síntomas, mediante la corrección de distorsiones cognitivas.

El paciente padece distorsiones cognitivas, y el terapeuta cognitivo, afirma conocer los contenidos cognitivos normales y anormales. Mediante ese saber se diseña la terapia con un objetivo claro, para ir provocando éxitos de forma gradual que lo acerquen a su meta final, la erradicación del síntoma. Lo que guía y centra las estrategias de la terapia son los afectos y comportamientos de los seres humanos, siendo estos los efectos de las creencias, esquemas o patrones de pensamiento. Los sentimientos son la consecuencia del modo en el que los seres humanos estructuran el mundo y su experiencia del mundo. Por lo tanto las distorsiones cognitivas de los pacientes, se deben a sus esquemas cognitivos ya que mediante ellos se le asigna a la experiencia un sentido negativo. (Barbato, 2012)

Los esquemas cognitivos son reglas de razonamiento, correctas o incorrectas, creencias falsas o verdaderas, siendo axiomas, juicios o hipótesis de cada ser humano.

La relación entre terapeuta y paciente es la de una alianza, en donde se solicita una colaboración en la tarea de ambos. Desde el comienzo se le enseña en que consiste la terapia y sus fundamentos teóricos. Por lo cual la actitud del terapeuta es pedagógica, sosteniendo un claro criterio de normalidad, es por ello que realiza evaluaciones y mediciones al paciente antes, durante y después de la terapia. El terapeuta cognitivo comportamental se centra en el síntoma y en la erradicación de este, por lo tanto su meta es la de curar. Si bien se le da importancia al lenguaje, este es considerando la palabra a modo de signo y no en la polisemia significativa. (Barbato, 2012)

Las T.C.C., tienen una concepción del ser humano en general: éste se ve guiado por sus metas, buscando la felicidad y la ausencia de dolor. Se lo considera sin conflictos, sin historia, teniendo la capacidad de autoconocimiento y autocorrección; y relacionado con un medio ambiente ordenado. A su vez, las TCC conceptualizan a los pacientes que tienen trastornos como poseedores de una filosofía autodestructiva y/o antisocial, con un esquema cognitivo irracional, y/o creencias falsas, y/o razonamientos incorrectos, y/o inmaduros. (Barbato, 2012)

Por lo tanto se tiende a corregir, a reeducar y a rehabilitar al paciente con esquemas cognitivos distorsionados.

La T.C.C., tiene como objetivo el estudio y la explicación de las experiencias y el funcionamiento de los procesos mentales conscientes, del sistema cognitivo observable en una conducta. Para ello han dado respuestas desde una concepción global, como por ejemplo la creación de esquemas mentales, buscando así la comprensión de los fenómenos mentales.

Los avances tecnológicos relacionados con las neuroimágenes, como resonancias magnéticas funcionales, han permitido estudiar las correlaciones que existen entre una actividad cognitiva determinada y la activación de sustratos y sistemas neuronales. Este hallazgo posibilita la comprensión de qué estructuras cerebrales son las involucradas en determinadas capacidades o desempeños cognitivos, como así también comprender distorsiones cognitivas que antes eran consideradas de modo global o indistinto, es decir, la respuesta por los fenómenos mentales desde las bases neurofisiológicas. (Adrover y Duarte, 2001)

Dando el surgimiento de la neuropsicología, fuertemente emparentada con la T.C.C., por lo que algunos autores también plantean la denominación de neuropsicología cognitivista.

La rehabilitación cognitiva, o también llamada neuropsicológica, que se lleva a cabo tanto en las T.C.C. como en la neuropsicología. Dicha rehabilitación, se basa en la idea que el déficit del lenguaje, no solo afecta esa área, sino también a otras áreas cognitivas y comportamentales.

El programa de rehabilitación tiene varios niveles:

- El primer nivel está dirigido a mejorar el alerta, la atención y la concentración;
- El segundo nivel intenta desarrollar una mejor conciencia de las consecuencias producto del daño cerebral;
- Tanto el tercero como el cuarto nivel incluyen el desarrollo de estrategias cognoscitivas y comportamentales compensatorias del daño cerebral;
- En el quinto nivel se enseña al paciente a aceptarse con sus nuevas limitaciones;

•En el sexto nivel el paciente ha logrado una nueva identidad, habiendo desarrollado ciertas habilidades que le permiten una productividad entre la comunidad, de algún grado. (Ardila y Roselli, 2007)

Para que sea efectivo este modelo de restablecimiento, afirman los autores Ardila y Roselli en el libro *Neuropsicología Clínica*, deben considerarse los siguientes elementos:

•La creación de un ambiente propicio, sin demasiados estímulos, es decir, protegido para evitar que el paciente se sienta confundido y/o frustrado. Este espacio es utilizado para discutir los problemas del paciente, como también para establecer responsabilidades individuales y grupales.

•La rehabilitación cognitiva individual, la cual consta de reforzamiento de la memoria, de la atención, de las alteraciones visoperceptuales, y de técnicas de rehabilitaciones de las funciones ejecutivas.

•La rehabilitación cognitiva en grupo, para un reforzamiento de las habilidades comunicacionales y centrada en la rehabilitación comportamental.

•La realización de otras terapias, como la terapia del lenguaje (la cual se describirá de forma ampliada, más adelante en este ensayo).

•La realización de alguna psicoterapia con el fin de ‘enseñarle’ al paciente a comportarse socialmente, a ‘aceptarse’ y a reducir su sufrimiento y ansiedad.

•Ayuda y ‘educación’ a los familiares del paciente.

•Y una supervisión laboral. (Ardila y Roselli, 2007)

Respecto los elementos de la realización de alguna psicoterapia por parte de la persona que tiene afasia, y la ayuda y ‘educación’ a sus familiares, suele adoptarse la T.C.C. Dichos elementos serán ampliados a continuación ya que forman parte de la terapia y serán de utilidad para la comparación con el discurso psicoanalítico.

Con el fin de ampliar los elementos planteados por el modelo de restablecimiento, se desarrollarán brevemente el capítulo cuatro del libro *El afásico, daño cerebral y comunicación*, escrito por P.Y. Létourneau y el capítulo diez del mismo libro escrito por R. Boiscair-Papillon.

Létourneau (1996) sostiene, que el tratamiento para las personas con afasia pone el interés en la rehabilitación en las funciones físicas y en la reeducación del lenguaje, dejando de lado el estado psíquico. El autor afirma: “la reeducación de un afásico depende mucho de su estado psíquico”, y continúa diciendo que es por ello que debe el psicoterapeuta “saber interpretar las vivencias emocionales y reacciones psicológicas de las personas afásicas”. Además asegura que las perturbaciones afectivas perjudican la eficacia del tratamiento.

Para Létourneau (1996), la afasia es una experiencia dramática, y considera que es la ‘mayor invalidez’ para las personas, que genera “daños en el individuo”, tanto intelectual como afectivos. A su vez plantea que existen cambios en la personalidad de las personas con afasia, tanto que a veces se cuestiona si continúa siendo la misma persona. Dicho impacto en la vida de las personas con afasia, lo considera importante porque servirá de base para los pronósticos de los tratamientos de la ‘reeducación’. Además plantea la importancia de la diferenciación de los “comportamientos inadaptados”, si estos forman parte del daño cerebral o si son causados por los aspectos emotivos, como reactivos de la situación de pérdida.

Las personas con afasia, tienen una alteración en la personalidad y en el comportamiento que pueden ser influenciados por diferentes variables. Es por ello que, a

continuación, algunas de ellas serán nombradas y explicadas de manera breve. (Létourneau, 1996)

Una de estas variables es la personalidad anterior, según Létourneau (1996) es 'determinante' ya que, los individuos tienden a acomodar su nueva realidad o a adaptarse, de acuerdo a las modalidades de comportamientos que han tenido a lo largo de su vida.

Otras variables nombradas por Létourneau, (1996) son: la ansiedad, negación, regresión, egocentrismo e infantilismo, daño al autoestima, soledad y aislamiento, labilidad de las emociones, agresividad, vergüenza y culpa, dependencia y pasividad, desinhibición.

La regresión, es tomada por el autor como un regreso a los comportamientos primarios; el egocentrismo e infantilismo. Se refiere a la prioridad que dan las personas con afasia a la satisfacción de las necesidades de comer, beber y dormir. (Létourneau, 1996)

El acercamiento terapéutico propuesto por Létourneau (1996), privilegia dos modalidades la intelectual, con relación a las 'deficiencias cognitivas', y la afectiva que se basa en la comprensión. El terapeuta le transfiere confianza y respeto, permitiendo el aumento de la autoestima, disminución de sus limitaciones, y la utilización de sus capacidades residuales.

Respecto al elemento de ayuda y 'educación' a familiares, R. Boisclair-Papillon (1996), lo considera muy importante debido a que la afasia repercute súbita y bruscamente en las interacciones familiares debido a la falta de comunicación.

El autor piensa a la familia como un sistema estable y equilibrado, donde cada integrante cumple un rol que es determinante y complementario del que desarrollan los otros miembros de la misma. Por lo cual cualquier cambio en alguno de los miembros repercute en la unidad familiar, la afasia generara, según el autor, ansiedad y nuevos comportamientos en todos sus integrantes. (Boisclair-Papillon, 1996)

Boisclair-Papillon (1996) también explica las actitudes y reacciones más frecuentes, las cuales son: cambio de roles, la culpa, actitudes no realistas, las actitudes sobreprotectoras, las relaciones conyugales, y las actividades sociales y pasatiempos.

Además, postula la importancia del rol de la familia en la reeducación y rehabilitación de las personas que tienen afasia. Ya que ellos no deben ser observadores del proceso readaptativo sino miembros activos, desde la práctica en el hogar de los ejercicios brindados en la terapia del lenguaje, el apoyo emocional, la ayuda en el hogar en las tareas cotidianas que la persona con afasia ya no logra hacer sola, y sobre todo dándoles sostén y estimulación. (Boisclair-Papillon, 1996)

Habiéndose desarrollado un breve recorrido en los conceptos y fundamentos de la T.CC., como así también los conceptos con los que se desarrolla la clínica con personas con afasia desde dicha perspectiva. A continuación se realizará un recorrido similar desde el paradigma de la neuropsicología, discurso que se desprende de la T.C.C

La neuropsicología tiene como objetivo específico la investigación y el estudio del rol de los sistemas cerebrales individuales, en relación con las actividades mentales complejas. Toma como base el cerebro, y su funcionamiento produce las actividades complejas cerebrales, la inteligencia, el lenguaje, el movimiento, y la actividad mental consiente para lograr una meta determinada. (Luria, 1981)

El concepto general de la neuropsicología es que toda conducta tiene su origen en el cerebro. Por lo tanto pretende definir el papel que corresponde al cerebro en relación a las conductas humanas y a su vez parte de las lesiones cerebrales como objeto de estudio para poder observar las repercusiones cognitivas y conductuales, que genera en el individuo.

La neuropsicología postula que los procesos psicológicos, además de su base material, el cerebro, se deben a un contexto histórico y social. Los procesos psicológicos, son estructuras mediatizadas, que van construyendo nuevas estructuras y nuevas relaciones internas; y considera al lenguaje como un mediatizador de los procesos psicológicos. Considerando a los procesos psicológicos como consientes y voluntarios. (Bausela Herreras, 2006)

La posición del terapeuta de la neuropsicología, es la misma que la de la TCC, antes explicada.

En cuanto al lenguaje, Luria (1981) plantea que existe el lenguaje comunicativo, como medio social en donde existe la codificación y decodificación del mensaje siendo su unidad mínima la palabra. Y el lenguaje como actividad intelectual, donde se organizan los procesos intelectuales del ser humano. También distingue la forma acústica del lenguaje, dada por su base mínima fonemática, la cual es el primer componente de la organización del lenguaje. Siendo el siguiente componente, la organización léxico-semántica, del acto de hablar, que exige el dominio del código léxico-morfológico del lenguaje, para convertir las imágenes o conceptos en sus equivalentes verbales, que en sí mismo se compone de la simbolización radical, categorización objetiva. Esto permite la incorporación de cualquier cosa que se percibe y que sea designado mediante conexiones morfológicas y/o semánticas.

La terapia con pacientes con afasia, desde este discurso de la psicología, se lleva a cabo, mediante procesos de evaluación. Generalmente mediante test antes de comenzar el tratamiento, ya que estos permiten clasificar y determinar las áreas conservadas y dañadas “del enfermo”. Se suele denominar a la “terapia de la afasia” como “enfoque del déficit”, ya que se enfoca en que el paciente “practique lo que no puede hacer o le cuesta, hasta que lo consiga”. Otro tipo de terapia es la que tiene enfoque en lo positivo, ya que basándose en las “capacidades conservadas” para poder así compensar las capacidades dañadas. Además, suelen recurrir a lo que denominan farmacoterapia que en los casos de afasia se basan en agentes dopaminérgicos y colinérgicos. (Helm-Estabrooks y Albert, 2005)

En cuanto a las metas de la terapia, se encuentra enfocada en la rehabilitación, especialmente en el lenguaje ya que este es el síntoma principal en el cual se enfocan, es por ello que la suelen denominar como terapia del lenguaje.

Las metas de la terapia son: mantener al paciente verbalmente activo, reaprender el lenguaje, suministrar estrategias para mejorar el lenguaje, enseñar a la familia a comunicarse con el paciente y dar apoyo psicológico al paciente. (Ardila, 2005)

Como meta principal es mantener al paciente ‘activo’, puesto que éste suele asilarse de la comunicación. Al exponer al paciente continuamente a estímulos verbales, es decir que hable, se logran mejorías en la comunicación; ya que se basan en que la estimulación mantenida es el principio básico en la recuperación de cualquier función. Respecto a la rehabilitación del lenguaje esta se logra por dos razones diferentes: reaprendizaje y reorganización del lenguaje. (Ardila, 2005)

Ardila, en su libro *Las Afasias*, 2005, plantea algunos métodos de terapia en los casos de afasia, los mismos serán descritos de manera breve ya que no es la finalidad del ensayo, pero al plantear que no concuerdo con estas técnicas, considero que es necesario, por lo menos una descripción, así sea a modo ilustrativo para poder fundamentar mi posición como futura psicóloga. Los métodos de terapia en los casos de afasia presentados por Ardila (2005), son:

- Técnica de facilitación de los estímulos,
- Técnicas de aprendizaje programado,

- Técnicas de desbloqueo,
- Reorganización del sistema funcional,
- Terapia melódica entonacional,
- Sistemas de símbolos visuales,
- Empleo de computadoras,

En cuanto a la técnica de facilitación de los estímulos, se basa en la estimulación del lenguaje, es decir que el paciente hable. Para ello aconseja utilizar tópicos de interés del paciente, aceptando su producción como la mejor respuesta posible en cada momento.

Así, un programa planeado con el paciente, en una atmósfera estimulante y con un nivel de dificultad creciente, representa la mejor situación posible para la rehabilitación del lenguaje. Wepman (1951) enfatiza tres aspectos en la terapia del lenguaje: a) estimulación: una presentación organizada de los estímulos para lograr una respuesta progresivamente superior, b) facilitación: práctica repetida para incrementar la eficiencia en las tareas verbales y c) motivación: estimulación del paciente para continuar el proceso terapéutico. Estos tres puntos de partida representan el núcleo de las técnicas tradicionales de terapia. (Ardila, 2005, p. 285-286)

Respecto a las técnicas de aprendizaje programado, Ardila (2005), plantea que la finalidad de esta técnica era la creación de un plan de aprendizaje establecido para las afasias. Pero al notar que la sintomatología es variada dependiendo del tipo de daño cerebral y de la personalidad del paciente, él recomienda la realización de un plan de aprendizaje personalizado. Sin embargo afirma que existen diversas técnicas preestablecidas que pueden aplicarse en muchos casos de pacientes con afasia.

Las técnicas de desbloqueo, se basan en que el lenguaje es lo que se encuentra bloqueado, por ende es lo que hay que desbloquear. Para ello utilizan otros canales, no bloqueados, como la vista por ejemplo, para así ir desbloqueando el canal del lenguaje. Mientras que la reorganización de sistemas funcionales, se basa en el daño cerebral y los consecuentes defectos cognitivos a rehabilitar, partiendo desde los niveles preservados que se pueden utilizar. Este tipo de terapia es la misma que la empleada en TCC, puesto que la neuropsicología parte de la Terapia cognitivista. La descrita anteriormente, en este ensayo, como rehabilitación cognitiva. (Ardila, 2005)

La terapia entonacional, no tiene éxito en las afasias de Wernicke, por lo que no me explayaré demasiado. Esta terapia consiste en que el paciente repita la entonación y ritmo, prosodia del terapeuta. La terapia de sistemas de símbolos visuales, consiste en utilizar tarjetas donde se muestra un objeto, emoción, o acción, con el fin que el paciente las reconozca y pueda verbalizarlo. El empleo de computadoras, es meramente una herramienta que puede utilizarse, por ejemplo en el caso de la terapia por sistemas de símbolos visuales, puede sustituirse las tarjetas por imágenes en el computador. (Ardila, 2005)

Por lo tanto desde la neuropsicología, se trabaja con pacientes con dificultades en el lenguaje, desde la terapia del lenguaje. Donde el interés está puesto en la comprensión de los mecanismos neurofisiológicos que subyacen a la recuperación de los pacientes, luego de lesiones del sistema nervioso. (Ardila, 2005)

Discurso, Práctica y Ética del psicoanálisis

Como ya ha sido mencionado, el interés y la interrogante que motivó la escritura del presente ensayo es la posibilidad de realizar una práctica psicoanalítica con personas que tienen afasia, ya que, como futura profesional, adhiero al discurso y a la ética del psicoanálisis. Es por ello que creo pertinente plantear a qué me refiero con discurso, práctica y ética psicoanalítica.

Para desarrollar el término discurso psicoanalítico me basaré en el *seminario 20* de Lacan, en el *seminario 7* de Lacan para desarrollar la ética psicoanalítica y en cuanto a la práctica del psicoanálisis me centraré en los escritos de Lacan, *Función y Campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis*, y en el escrito *La tercera*.

Comenzaré desarrollando el término discurso. Lacan (1973/2016), plantea que la teoría psicoanalítica es un modo de discurso, el discurso analítico, que diferencia de los otros tres: el discurso amo, de la histérica y el universitario. Se entiende por discurso aquello que determina una forma de vínculo social.

En el discurso analítico el *a* se inscribe arriba a la izquierda, en el lugar de agente, soportado sobre el *S2*, el lugar de la verdad. Desde allí interpela al *\$*, ubicado en el lugar de otro, dando por resultado la producción del *S1*, y desde este significante puede resolverse su relación con la verdad (*S2*). El analista se ofrece como objeto *a*, causa, causa para que el sujeto produzca, enuncie los significantes amo (*S1*), que favorecerán al advenimiento de la verdad. La verdad del sujeto, la verdad de la ley que regula el goce. Esa verdad solo puede decirse a medias. (Lacan, 1973/2016)

El discurso psicoanalítico solo progresa en ese filo del cuchillo, en la distancia entre quién dice y quién escucha, y que solo se hace en el “suspeorarse”, en ‘eso suspira’, es decir, entre impases, rupturas, fracturas e interrupciones. El sujeto del psicoanálisis se manifiesta en su hiancia, a saber, lo que causa su deseo. (Lacan, 1973/2016)

Lacan (1973/2016) sitúa al discurso analítico como la función de lo escrito. En psicoanálisis se trata de leer, de leer más allá de lo que el sujeto dice. No se trata de centrarse en el yo, sino en el ‘de’, de donde viene ese efecto por el soy. Efecto siempre articulado a una falta, a una falla en el Otro, que deja al objeto *a* funcionar respecto a esa pérdida.

En psicoanálisis el significante es aquello que se escucha, no se oye el significado, sino que éste es el efecto del significante. En el discurso analítico, se trata siempre de lo siguiente: “a lo que se enuncia como significante se le da una lectura diferente de lo que significa”. (Lacan, 1973/2016)

En el discurso analítico, el saber no se encuentra en el lugar del analista, en el agente, sino que éste, como ya he dicho, se pone en lugar de objeto *a*, de causa para que el sujeto produzca el significante amo y así advenga la verdad, su verdad. (Lacan, 1973/2016)

A diferencia de las T.C.C. y de la Neuropsicología, donde el agente, psicólogo se ubica en un lugar de saber, donde posiciona al otro, no como un sujeto sino como objeto, y desde allí, produce un sujeto en relación al significante amo, que adviene como verdad mediante ese saber (*S2*). Podría decir que en las T.C.C. y la Neuropsicología, se trata del discurso Universitario, que teoriza Lacan, por su relación con la hegemonía del saber que ellas postulan.

Mientras, el discurso del analista no es un discurso en relación con la dominación del otro, ni con la dominación en torno al saber. Este discurso gira en torno a que el sujeto, mediante su enunciación, produzca el advenimiento de su verdad (a medias), única y singular.

Para que esto acontezca, el discurso analítico tiene como recurso a lalengua, que quiebra y curva al lenguaje, que produce esas fallas. Lacan dice: “el lenguaje está hecho de lalengua. Es una elucubración del saber sobre lalengua”. (Lacan, 1973/2016)

Lalengua sirve para otras cosas distintas de la comunicación. Esto ha sido demostrado por la experiencia del inconsciente, el cual está hecho de lalengua, de lalengua meterna. El inconsciente está estructurado como el lenguaje; y éste último es lo que se procura saber respecto de la función de lalengua. (Lacan, 1973/2016)

Las T.C.C. y la Neuropsicología, ésta última más que la primera, desconocen el inconsciente, lo desconocen en términos de que éste posee un saber que escapa a la persona que habla. Sus terapias se basan en lo que las personas dicen, piensan y sienten, tomando a la historia de las personas como anamnesis o entorno al cual deben adaptarse y modificar de modo consciente la representación o estructuras mentales. Esto se trabaja mediante la comunicación.

La comunicación se aproxima al diálogo porque implica la réplica, mientras que lalengua no sirve primero para el diálogo. Lalengua, el recurso del psicoanálisis, articula cosas del saber que van más allá de aquello que el ser que habla puede soportar saber en su enunciado. El ser que habla, en su enunciado, permite dar cuenta hasta dónde llegan los efectos de lalengua, mediante la presencia de esos afectos que le son enigmáticos. Siendo estos afectos el resultado, los efectos de la presencia de lalengua. (Lacan, 1973/2016)

El inconsciente es un saber-hacer con lalengua, y esto no puede darse en nombre del lenguaje. Si bien el inconsciente está estructurado como el lenguaje, como saber, van más allá de lo que se puede enunciar. El desciframiento del inconsciente es posible por el hecho de estructurarse como lenguaje, un lenguaje siempre hipotético ya que aquello que lo sostiene es lalengua. (Lacan, 1973/2016)

El discurso analítico demuestra con esto que el lenguaje no es solamente para la comunicación.

Lacan, ha marcado la diferencia entre lenguaje en torno a la comunicación y el empleo del lenguaje en psicoanálisis. Para ello me remitiré a su texto: *Función y Campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis* de 1953.

Lacan (1953/2013), diferencia palabra plena de palabra vacía en la realización psicoanalítica del sujeto. Esta distinción es relevante puesto que el medio de la práctica psicoanalítica es la palabra. Continúa, toda palabra llama a la respuesta, aunque esta sea el silencio y este es el “meollo de su función en el análisis”.

Esto hace referencia a la diferenciación del lenguaje en psicoanálisis, respecto a las teorías de la comunicación. Esta plantea que existe un emisor que da un mensaje, y el receptor recibe el mensaje decodificándolo y por ende comprendiéndolo. Lacan invierte esta teoría, siendo el emisor el que recibe del receptor su propio mensaje de forma invertida. Esto se refiere a la idea de que la palabra llama a la respuesta, es decir, que el significado de lo que se dice, se obtiene cuando el Otro puntúa, y ahí es cuando el emisor da cuenta de lo que dijo; “éste es el meollo del análisis”.

Las T.C.C. y la Neuropsicología, desconocen esta teoría planteada por Lacan, guiando sus terapias por las teorías de la comunicación. Además estos paradigmas no consideran el carácter evocativo y creador de la palabra. Para el psicoanálisis, la palabra proviene del campo del Otro, allí está la función evocativa del llamado. La palabra no es mera reproducción del pensamiento, sino que esta atravesada por una organización simbólica que antecede al pensamiento lógico.

Continúa diciendo Lacan (1953/2013) que si el psicoanalista ignora lo que sucede en la función de la palabra, confundirá ese vacío con los gestos y comportamientos del analizante, llenándolos de afecto sin considerar que lo preverbal tiene estructura de

palabra. Analizando así lo que el analizante no dice, mal interpretando esos gestos y comportamientos, dotándolos de sentidos cerrados. En estos casos, el analista estaría actuando igual que los terapeutas de la T.C.C. y de la Neuropsicología, quienes cierran los gestos y comportamientos mediante sentidos preestablecidos, sin que el analizante hable sobre ellos.

Lacan (1953/2013) clarifica diciendo que para obtener una confesión es preciso que hable de ello, es decir, que para analizar el gesto o comportamiento del analizante, es éste quién debe recobrar la palabra. Palabra ahora sospechosa por no haber respondido, percibiendo así el eco de su propia nada.

El llamado del sujeto más allá del vacío de su decir, es un llamado a la verdad (respecto al goce del Otro, aunque aún no haya desarrollado esta categoría). De esta pregunta se desprende la pregunta por el deseo del Otro, que dará las bases para la formación de su monumento narcisista para responder así, y poder ofrecerse como objeto de deseo del Otro. (Lacan, 1953/2013)

Lacan (1953/2013) retoma la tríada: frustración, agresividad y regresión. Explicando que la frustración se debe al hecho de estar alienado al deseo del Otro. Por lo cual el analizante no experimenta frustración ante el silencio del analista ya que ninguna respuesta es adecuada al discurso de la palabra vacía, y cualquier palabra así sea aprobadora dentro del plano imaginario, tiene efectos aún más frustrantes que el silencio. Puesto que estas palabras comprometen *al objeto construido en la ceremonia del espejo*, es decir, a su monumento narcisista. Estas intervenciones, que amenazan con desarmar el objeto que ha construido el sujeto para satisfacer el deseo del Otro, tienen como respuesta por parte del analizante la agresividad, que han sido llamadas como análisis de las resistencias.

En cuanto a esto, Lacan (1953/2013) informa del peligro que apareja estos descuidos en la práctica psicoanalítica, ya que el análisis desde el plano imaginario no hace más que objetivar al sujeto y darle un nuevo estatuto imaginario, renovar su enajenación.

Por el contrario, el analista invita a la suspensión de las certezas del analizante, para que en este trabajo pueda ir rompiendo uno a uno esos espejismos, siendo en el discurso del analizante donde debe escandirse, (pronunciarse) esta resolución. (Lacan, 1953/2013)

La regresión, es la realización en el discurso del analizante, de las relaciones fantaseadas restituidas por su ego, en las etapas de la descomposición de su estructura. Esa regresión se manifiesta por los giros, tropiezos e inflexiones (por la lengua, podríamos decir a pesar que en este momento de su enseñanza Lacan no la habría desarrollado aún). Imputarle la realidad actual de una relación actual con el objeto, no hace más que proyectar al analizante en un espejismo enajenante. (Lacan, 1953/2013)

Es por ello que la práctica psicoanalítica se centra en la atención flotante, atención difusa que apunta a un *“objeto más allá de la palabra del sujeto”*. (Lacan, 1953/2013)

La práctica psicoanalítica nos presenta la verdad (a medias) del sujeto mediante su decir, en esa reconstrucción de su pasado para así hacer paso a su deseo, éste siempre efecto de la palabra (del significante). En la práctica psicoanalítica no se trata de la búsqueda de la realidad, sino de la verdad, siendo ésta efecto de la palabra plena por la cual, el analizante, reordena su pasado dándole sentido a las necesidades por venir. La revisión de su historia es lo que permite que el analizante se reubique en su cadena discursiva, en la cadena de significantes, posibilitando así un cambio de posición subjetiva frente a ella para de este modo desalinearse. (Lacan, 1953/2013)

Continúa diciendo Lacan (1953/2013), que el inconsciente es el capítulo de la historia del sujeto censurado. Pero al estar escrito, puede volverse a encontrar, a leer. La verdad, se escrita en otra parte: en el cuerpo; en los recuerdos infantiles; en la evolución semántica que comprende las acepciones del vocabulario que le es particular, como así también el

estilo de vida y carácter; en la tradición y leyendas que vehiculan la historia del sujeto; y en los rastros que se conservan en las distorsiones necesarias para conectar el capítulo adulterado con los que lo enmarcan, y cuyo sentido restablecerá la exégesis (interpretación) del analizante. Esto implica la asunción del sujeto por su historia, como constituida por la palabra dirigida al Otro, ya que es en el Otro donde el sujeto va a querer introducir su verdad.

Lacan (1953/2013), deja clara la diferencia de la práctica analítica respecto a otras terapias o “análisis”, enfatizando la diferencia que existe entre un análisis intrasubjetivo y uno intersubjetivo. La práctica intersubjetiva remite a la reflexión introspectiva, basada en un monólogo de fantasías acomodativas por el yo. Mientras que la intersubjetividad, dialogo de a dos, se refiere a una revelación de verdad (a medias), mediante un trabajo formador permitiendo así que el sujeto vaya más allá de lo que el individuo experimenta “subjetivamente”, tan lejos como la verdad que puede alcanzar, saliendo ésta de su propia boca. Siendo esto gracias a la relación de amor, transferencia experimentada en el psicoanálisis.

La transferencia, requiere de una condición para que se instale, y es que el analizante deposite un saber en el analista, un saber respecto de su verdad, ubicando primeramente al analista en el lugar de sujeto supuesto saber, en el lugar del Otro. Esto es gracias a la estructura misma de lo simbólico y del lenguaje. Puesto que el hombre ordena su universo mediante lo simbólico, lo que implica que todo tiene función de dialogo, ya que se dirige a al Otro. (Lacan, 1953/2013)

Para sostener esto Lacan (1953/2013), toma la ley primordial de la prohibición del incesto, la cual está dada por el orden simbólico del parentesco, es una ley dada por el lenguaje. Lo que le permite afirmar que la ley del hombre es dada por el lenguaje. Siendo éste el que ordena su realidad y modifica la naturaleza del hombre.

Por esta afirmación, Lacan (1953/2013) se interesa en las relaciones del sujeto con el lenguaje. Plantea que existe un muro del lenguaje que se opone a la palabra pero que es este el que posibilita la comunicación. La comunicación implica un acuerdo entre los participantes que comparten un lenguaje (código), permitiendo que las personas se relacionen. Es por ello que el lenguaje en su función de comunicación es impropio a la palabra que tiene función de introducir la verdad del sujeto. La realidad (o lo real o la verdad a medias, estas categorías no estaban desarrolladas en este momento de su obra) del sujeto se encuentra más allá del muro (imaginario) del lenguaje.

Por lo cual para Lacan (1953/2013), el problema del hombre se haya en las relaciones del sujeto de la palabra y del lenguaje. Siendo el psicoanálisis el que ha encontrado tres paradojas en estas relaciones: la(s) locura(s), en la ciencia y en los síntomas, inhibiciones y angustias de las neurosis.

Respecto a la primer paradoja, la(s) locura(s), es cuando el sujeto renuncia en su discurso a hacerse reconocer por el Otro, es un lenguaje sin dialecto ya que está alienado en el campo del Otro, y es por ello que “es hablado más que habla el”. La otra paradoja planteada por Lacan (1953/2013), es la del sujeto de la ciencia, donde el sujeto pierde su sentido en las objetivaciones del discurso. En la ciencia hay una comunicación donde se efectiviza la objetivación y se olvida al sujeto, se olvida así mismo su existencia y su muerte, y el sentido particular de su vida.

En cuanto a las neurosis, Lacan (1953/2013), dice que la palabra (plena) es expulsada de la conciencia, introduciendo su esencia mediante el síntoma. Siendo el síntoma el significante de un significado reprimido de la conciencia del sujeto. Y prosigue diciendo que es el “símbolo escrito sobre la arena de la carne y sobre el velo de Maya”, participando del lenguaje por la ambigüedad semántica del significante.

Respecto al síntoma, ya podría leerse en 1953 lo que luego planteará en *La Tercera* de 1974. Que el síntoma procede de lo real, y que solo se cierra dándole sentido y de allí existen dos caminos: o prolifera o revienta; “lo mejor sería que reviente”. El inconsciente es un saber que se articula con la lengua, no anudándose al cuerpo que la habla sino por lo real del-con-que se goza. Y la lengua civiliza ese goce, aquel por el cual el cuerpo goza de objeto, siendo el primero de ellos el objeto a. Éste se encuentra en el encaje del imaginario, simbólico y real; y estos términos emergen por y para el discurso analítico.

Podríamos decir que el síntoma es un mensajero del inconsciente, estando éste (el ICC) estructurado como un lenguaje a nivel de estructura fonológica. El inconsciente, envía un mensaje para ser escuchado (descifrado), es por eso que el analista realiza la interpretación desde la lengua, que permite hacer eco en la función del inconsciente, eco de significante desde la resonancia.

Esto difiere a la posición de las T.C.C. y de la Neuropsicología, que trabajan con la conciencia, desde la comunicación, desde el muro del lenguaje que se opone a la palabra, es decir desde el sentido (dado por el código) de las palabras. El psicoanálisis no realiza su práctica desde la comprensión del significante, sino desde la efectividad de la letra mediante la cual se puede hacer reconocer la verdad (a medias) ignorada por el sujeto. El psicoanálisis hace del síntoma una lectura de algo que está escrito en otro lado, en el inconsciente.

El psicoanálisis a diferencia de las T.C.C. y de la Neuropsicología, permite un vaciamiento de las certidumbres, de saber, del sujeto frente al sentido del significante en juego, para así acceder a su verdad (a medias), verdad propia y única del sujeto. Es la revelación de la verdad como material asemántico, lo que permite un cambio de posición subjetiva respecto al Otro, ya que las palabras pueden constituir otro sentido diferente al ya dado.

Por eso el psicoanálisis no se centra en el saber, sino que su práctica radica en la búsqueda de la verdad, de que el sujeto encuentre su verdad (a medias), su verdad en lo ateniendo a su deseo.

Respecto a esto Lacan (1953/2013), dice que lo que está en juego en el psicoanálisis es que el sujeto reconozca su deseo. Esto es lo que atañe a la ética del psicoanálisis, la clásica pregunta ¿ha actuado usted conforme a su deseo?

Lacan (1959/2013) dedica todo un seminario para establecer la diferenciación entre la moral y la ética, la ética psicoanalítica. La ética tradicional Aristotélica, que se haya del lado de la moral, se funda sobre bienes exteriores del hombre que dan un valor a su actuar. Pero la posición kantiana, representante de la ciencia moderna, intenta una proposición moral universal. En la fundamentación de la moral kantiana importa la formalidad del axioma, es por ello que realiza un vaciamiento de contenidos, es decir sustracción del objeto, formalizándose en un imperativo categórico que el sujeto debe obedecer para acercarse a una posición de bien. Para ello el hombre debe basarse en la racionalidad, en su conciencia y dejar de lado sus pulsiones. Este universal es un imperativo categórico, por lo cual la moral tiene sobre el sujeto una acción superyoica.

Mientras que la ética psicoanalítica no se trata de un universal sino de la singularidad de cada sujeto, la singularidad de su verdad en cuanto a su deseo. La ética psicoanalítica no se trata de obedecer al mando del superyó sino de una interpelación, deconstrucción respecto a esas creencias y mandatos superyoicos, para dar paso a la encrucijada. Es esa encrucijada, en el propio cruce del sujeto, entre su deseo y el deseo del Otro, donde éste debe elegir. Y en esto radica la ética psicoanalítica en que el sujeto realice una elección y no ceda ante su deseo. (Lacan, 1959/2013)

Del ser al tener un cuerpo

Alicia Fainblum, 2004, plantea que con la discapacidad irrumpe la diferencia desde la marca de lo real en el cuerpo, siendo ésta la dimensión de la falta, la dimensión de la diferencia y la castración. La articulación que haya realizado el sujeto, en relación a su propia castración, a su propia falta, será como el sujeto tramite desde su singularidad subjetiva la angustia.

Esto es muy diferente a lo planteado desde la psicología T.C.C., allí se refieren a una pérdida de la personalidad previa de las personas que tienen afasia. Mientras que desde la posición psicoanalítica se refiere al modo subjetivo de enfrentar su propia falta, su castración. Siendo esto lo más propio y particular de cada sujeto. Pues el sujeto (del lcc) sigue siendo el mismo no se ha perdido tras la escena traumática, (llámese A.C.V. o accidente de tránsito). Esta escena, sólo permite un cambio de posicionamiento ya que donde 'creía ser no es'. Y de esto se trata la personalidad, de esas construcciones imaginarias y simbólicas alienantes del sujeto, que deja al descubierto la caída del mito del hombre como ser completo.

La personalidad no es más que un espejismo; las personas que tienen afasia, atraviesan esta escena traumática de manera abrupta, desde lo real y no mediatizado por lo simbólico como se realiza en un análisis. Pero lo más propio del sujeto, su verdad no se ha perdido, y es por ello que la escena traumática no se elaborará mediante su personalidad, sino que el impacto se articulará con la elaboración que cada sujeto haya realizado en torno a su propia castración.

La autora Alicia Fainblum, 2004, explica que en la 'clínica de la discapacidad', el tema del cuerpo como psicoanalistas nos convoca, ya que está puesto en juego un real orgánico que produce efectos discapacitantes. Pero así mismo la perspectiva psicoanalítica es muy diferente a la anatomofisiológica, es decir, un enfoque respecto a la temática, puramente biologisista, como lo es en el caso de la T.C.C. y de la neuropsicología. Si bien el psicoanálisis no niega que "las marcas del cuerpo", aquellas marcas orgánicas, como en el caso de la afasia el daño cerebral y sus posibles secuelas motrices; "irrumpen desde el puro cuerpo-carne generando en un principio por sí mismas determinadas alteraciones funcionales", no se queda fijado a las limitaciones regidas por la perspectiva organista. Ya que un mismo cuadro clínico no genera "discapacidades" idénticas en diferentes sujetos, sino que la sintomatología, o los síndromes dependen de la realización subjetiva de cada sujeto.

El cuerpo anatómico, tomado por las T.C.C. y la neuropsicología, es un saber anatomofisiológico que deja de lado los deseos inconscientes y las significaciones simbólicas, que son justamente las que interesan al psicoanálisis.

Freud ya en *Estudios sobre la histeria* (1893-1895/2012) plantea que las alteraciones de locomoción de la analizante, Elizabeth Von R., no responden a alteraciones orgánicas o fisiológicas, sino a un conflicto entre representaciones psíquicas. Freud hace referencia a las representaciones psíquicas, y a los conflictos libidinales puestos en juego en las inhibiciones, en *Inhibición, Síntoma y Angustia*, 1925/2012, se refiere al cuerpo subjetivado.

Es por ello que para el psicoanálisis cada cuerpo es singular, ya que se constituye mediante el "cuerpo imaginario" constituido por la identificación con la imagen especular, el "cuerpo simbólico" que adviene mediante el entramado de significaciones simbólicas, el baño del lenguaje, y el "cuerpo real" que queda por fuera de toda representación, ya que no existe ligazón significante de la pura-carne. (Alicia Fainblum, 2004)

El cuerpo para la práctica psicoanalítica es un cuerpo que adviene de aquellas "marcas en el cuerpo", y en el proceso de instauración de dichas marcas en el cuerpo, efectiviza la

caída del cuerpo soma. El cuerpo para el psicoanálisis no es el organismo biológico, con el que uno nace, sino que se trata de un proceso de construcción, el cuerpo se construye mediante marcas significantes. La construcción del cuerpo y la estructuración del aparato psíquico, se harán mediante dichas marcas. (Alicia Fainblum, 2004)

La singularidad, que habla de un sujeto, se presentifica en el particular funcionamiento corporal, que dependen de esas particulares marcas en el cuerpo, siendo estas marcas las huellas del deseo del Otro, que permiten el advenimiento del cuerpo subjetivado, es decir 'cuerpo de un sujeto', en tanto cae el "ser puro organismo" para la emergencia de un 'tener un cuerpo'. El "cuerpo simbólico" del sujeto es un cuerpo que adviene por intercambios con el Otro, intercambios gozosos, narcisizantes y pulsionales. (Alicia Fainblum, 2004)

Freud en *Introducción al Narcisismo*, 1914/2012, teoriza que el cuerpo en un principio no está unificado sino que existen sensaciones corporales desorganizadas, pulsiones parciales y un cuerpo disperso, dándole el nombre a este momento de autoerotismo, seguido necesariamente por una nueva acción psíquica, que será la unificación de las pulsiones parciales. Esta nueva acción psíquica es teorizada por Lacan, en Escritos uno, como *El estadio del espejo*, (1949/2013) donde el cachorro humano tiene una transformación cuando asume una imagen, desde la mirada de aquel Otro, que libidiniza la imagen a la cual el sujeto se identifica, produciendo un efecto estructurante.

En las personas que tienen afasia sucede que hay una irrupción de lo orgánico, del cuerpo real, rompiendo el espejismo del cuerpo imaginario y tras el diagnóstico de 'discapacidad' la caída del cuerpo simbólico. Así las personas diagnosticadas con afasia, se transforman en 'elafásico', son afásicos. Este congelamiento del diagnóstico genera una caída de los proyectos de vida, asumiendo una 'deficiencia' como producto acabado sujetado a las limitaciones orgánicas descritas por el diagnóstico.

Levin (2003) plantea que la holofrase 'hijodiscapitado', que para nosotros será 'elafásico', reduce al sujeto al diagnóstico quedando fijado a él y con ello fijado en su discurso y posicionamiento que impide la permutación de lugares simbólicos.

Esta perspectiva fija y univoca, deja al sujeto como un representante de su diagnóstico. Teniendo éste que soportar un espejo mortal de la organicidad de su cuerpo, que termina su hacer, existir y con ello la existencia de su grupo familiar. (Levin, 2003)

Lo obscuro no es la afasia sino la indiferencia e inmovilidad, dada por el diagnóstico como significancia que la persona encarna, sin salida. Esto obstruye las permutaciones simbólicas congelando al sujeto en 'elafásico', en el soy afásico. (Levin, 2003)

Elaborar el diagnóstico no es desconocerlo, sino que esto implica un pasaje del 'ser afásico' a 'tener afasia'. Para que ello acontezca, se necesita de intercambios simbólicos, un recorrido de elaboración y resignificación subjetiva. Permitiendo así que se abran las puertas para construir una escena posible, donde él pueda aparecer en el espejo del Otro como sujeto, apartándose del diagnóstico. (Levin, 2003)

Levin (2003), continúa diciendo que en éste escenario el sujeto podrá existir en otro espejo posible. La pérdida del órgano sin cuerpo, rompe la holofrase 'elafásico', permitiendo un advenimiento del sujeto que pese a la organicidad, se sostenga en un espejo que no es el del órgano sino fuera de él. Lo que abre a la posibilidad del pasaje del 'ser afásico' al 'tener afasia'.

Diferencias en el diferencial

En el presente ensayo ya se ha descrito la concepción del lenguaje desde las T.C.C. y la Neuropsicología, pues consideran al lenguaje bajo su función orgánica.

Respecto a esto Mario Kelman (2013), plantea que las investigaciones realizadas gracias a los avances tecnológicos, localiza las funciones de los órganos, principalmente del sistema nervioso. Tratándose esto de la búsqueda de un diferencial en lo real, que posibilita la lectura de la función, repetición, y que recorta y aprende de esas imágenes obtenidas por la tecnología. Pero este diferencial real, siendo del orden del número, no permite cifrado algo ya que no porta significación; esto lo distingue del diferencial simbólico que cifra una verdad del sujeto, que entrama un modo particular y singular de satisfacción. El síntoma psicoanalítico es un diferencial simbólico, capaz de ser cifrado.

La afasia se trata pues de una lesión en el área cerebral encargada de la función de la comprensión del lenguaje. Coincido con Mario Kelman (2013) en afirmar que sería un exceso atribuirle al órgano, cerebro, la causalidad y determinación del lenguaje y sus operaciones. Ya que el cifrado y la simbolización, vehiculizada por el lenguaje, no es una secretación del cerebro. Que un órgano o región de éste, se constituya en soporte viviente de una función no indica que la función sea causada por el órgano.

Mario Kelman (2013), retoma a Lacan, y plantea que el lenguaje está en lo real y es incorporado por el humano, produciendo un ser hablante mediante el anudamiento de los registros, simbólico, imaginario y real. Este entramado que permite la emergencia de un ser hablante, es lo que desconocen las T.C.C. y la Neuropsicología.

Las T.C.C. y la Neuropsicología hacen una nosografía de la afasia, basándose en la fenomenología sintomática, enumerando los síntomas del síndrome. Se basan en un diferencial real órgano dañado, y por lo cual su meta terapéutica es la reparación de éste basándose en la teoría de la plasticidad neuronal. Conuerdo con lo planteado por Mario Kelman (2013) que las T.C.C., además construirán su diferencial real creando un órgano de ficción, la mente. Desde estos diferenciales reales, órgano y/o mente, desarrollaran sus prácticas mediante la comunicación desde el plano imaginario, es decir, desde el muro del lenguaje. Sus terapias se basan en la comprensión imaginaria del contenido, desde el significado, la significación.

Hemos dicho que el medio de la práctica psicoanalítica es la palabra, la palabra plena. Que el psicoanálisis trabaja desde la dimensión simbólica del lenguaje, es decir, más allá del muro del lenguaje, desde el significante y la palabra verdadera.

Retomando la pregunta que guía el escrito del ensayo: ¿Una clínica psicoanalítica con personas que tienen afasia? ... Y... ¿por qué No?

Para poder responder a la pregunta creo pertinente dar dos ejemplos que he vivenciado en mi práctica como tallerista de A.R.A.

El primer ejemplo, se trata de un miembro del grupo a quien llamaremos P. Este señor en el transcurso de los talleres durante un año, “interrumpía” la actividad que se estaba desarrollando y comenzaba a hablar.

Si bien no desarrollaré con detalles el discurso de P., sí mencionaré su contenido. P. narra cuando tuvo que dejar de jugar en un equipo de fútbol a causa de la muerte de su padre, y decía: “él no se suicidó, fue un accidente”, y narra el accidente que tuvo el padre. Continuaba contando que por eso volvió a la ciudad y conoció a su esposa, y que ella casi muere en el parto de su primera hija, “mi hija discapacitada”, así se refiere P. a su hija.

P., cada jueves a lo largo de un año, narraba los mismos sucesos, sin presentar ningún tipo de variaciones en su discurso. La primera vez expresó el relato interrumpiendo la actividad, buscó la mirada de alguno de los de allí presentes para poder hablar. En esa oportunidad, todos prestaron atención a sus dichos. Pero el segundo jueves fue distinto, buscaba una mirada, pero sus compañeros continuaban con la actividad, por lo que me acerque y lo escuché. Esto hice cada jueves. P. comenzaba a hablar sin importar qué se estuviera haciendo, y me acercaba para escucharlo, mientras el resto continuaba con sus actividades.

Desde las T.C.C. y la Neuropsicología, el decir de P. tiene su explicación en las bases biológicas, ya que por su síndrome afásico tiene afectado el área de la inhibición del analizador cerebral; y por eso se expresa de manera repentina sin considerar el contexto. Para las T.C.C. el decir de P. en este caso sería considerado una interrupción y motivo de una terapia enfocada en la rehabilitación cognitiva en grupo, para un reforzamiento de las habilidades comunicacionales y centrada en la rehabilitación comportamental.

Pero mi posición como futura profesional, ya he dicho, es desde el discurso y ética psicoanalítica, por lo que tan solo me acercaba y escuchaba, durante un año cada jueves.

Cuando nos reencontramos luego de las vacaciones de verano, en el primer encuentro volvió a suceder lo mismo; P. "interrumpió" la actividad para dar su discurso habitual, y me acerqué a escucharlo. En el segundo encuentro, era esperable que aconteciera la misma rutina de cada jueves, P. comenzó a hablar y me buscó con la mirada, razón por la cual me acerqué. Comenzó como siempre "tuve que dejar de jugar en tal equipo de fútbol cuando mi papá murió". Y allí se detuvo. Continuó con el resto del discurso, pero no justificó la muerte del padre; no relató que no fue un suicidio ni cómo fue el accidente; tan solo dijo "cuando mi papá murió", punto, y prosiguió.

Noto allí un cambio de posicionamiento del sujeto en lo que respecta a su historia. P., tomando la palabra, con su mirada buscaba a otro, a Otro que lo aloje, Otro en el cual poder introducir su verdad.

Se podrá objetar a esto que P. habla y que tiene verborragia, por lo cual en este caso podría realizarse una práctica psicoanalítica, pero ¿qué sucede con las personas que tienen otros síntomas producto de la afasia como, por ejemplo, el mutismo?

Para poder explicar estas posibles replicas daré otro ejemplo, a quien denominaré M. Este señor, M., participa de los talleres junto a su esposa, E., quien no tiene afasia sino que acompaña a M. hasta el establecimiento y se queda realizando las actividades junto a él, para no regresar a su hogar y tener que volver a buscar a M. más tarde.

M. tiene mutismo, no dice ni una palabra; a veces de vez en cuando asiente o deniega con la cabeza. No es cierto que E. realiza las tareas junto con M., sino que ella realiza las tareas por él. M. tiene mutismo, como ya he dicho, no dice ni una palabra, pues E. las dice por él. Luego de observar esta dinámica por más de un año, formulé una hipótesis. M. es devorado por E.

En uno de los talleres de comunicación, dictado por una estudiante de fonoaudiología, a mediados de este año, 2018, se realizaron dos pequeñas rondas. Quien escribe queda a cargo de una de ellas, conformada por M. y E., entre los miembros. M. está en el medio entre E. y yo. Luego esa pequeña ronda se desase para formar una más grande. Quien escribe toma la silla de M. y la pone a su lado; E. agarra una silla que estaba apilada y la pone al lado suyo llamando a M. para que se siente, como siempre, junto a ella. Al notar esta situación, llamo a M. y le digo: "acá esta tu silla, esa no es". M. mira a E., quien asiente para que él se siente a mi lado. Y así sucede, M. se sienta, tras la autorización de E., a mi lado.

La actividad consistía en tirar una pelota a un compañero, quien tenía que decir la primera vez que la agarraba, un animal, la segunda un color y la tercera una actividad. M. agarraba la pelota, y E., desde el otro extremo de la ronda, hablaba por él, designándole el animal, su color y su actividad.

La próxima actividad dependía de la anterior. Se tiraba la pelota a un compañero, quien la recibía, no decía nada, y eran sus otros compañeros quienes tenían que recordar el animal, color y actividad dicho por quién poseía la pelota en la ronda anterior.

Comienza la actividad y con ella los gritos y risas. Agarra la pelota uno de los miembros del grupo, momento en el que uno de los participantes debía tomar la palabra y decir qué animal, color y actividad había dicho anteriormente quien sostenía la pelota. En ese momento, M. me mira, le pregunto si lo recordaba y lo quería decir. Responde afirmándomelo con un movimiento de cabeza, por lo que interrumpo los gritos del grupo y digo: "M. lo sabe". Pido silencio, y allí en el silencio, M. toma la palabra y habla él. A susurros, en una jergafasia, sí, pero lo dice él y no E.

Permitiéndonos pensar que el mutismo de M., no se debe a un síntoma de su síndrome afásico, producto del daño del órgano. Sino que éste es la respuesta que haya el sujeto a su relación con el Otro.

Estos ejemplos tomados de mi práctica como tallerista de A.R.A. dan cuenta además de un diferencial respecto al estatuto del síntoma entre el psicoanálisis y las T.C.C. y la Neuropsicología.

La sintomatología de la afasia desde estas perspectivas se soporta desde la estructura de signo. Un síntoma como señal referenciada en el organismo. Costando éste de dos caras: señal sintomática, es decir la fenomenología del cuadro, y de su significación en el orden de lo patológico, diferencial y propia, situada en el nivel biológico del cuerpo. (Kelman, 2012)

Ha sido planteado al comienzo del ensayo, que las T.C.C., además realizan terapias basándose en el "estado psíquico" de las personas que tienen afasia, ya que consideran a las emociones como posibles reactivos de a situación de perdida, imposibilitando determinar si los "comportamientos inadaptados" parten de las emociones o del daño cerebral. Es por ello que Létourneau (1996), afirma que el psicoterapeuta debes "saber interpretar las vivencias emocionales y reacciones psicológicas de las personas afásicas".

Concuerdo con Mario Kelman (2012) que esto no hace más que objetivar el síntoma. En este caso el síntoma procede de un órgano ficcional (mente), el cual controla las vivencias emocionales y las reacciones psicológicas. Realizándose esto mediante esquemas mentales que deben readaptarse o reaprenderse por medio de la aplicación de una terapéutica sustentada en la técnica. Es el psicoterapeuta el que tiene el conocimiento de cómo lograrlo, teniendo éste una autoridad donde asume las decisiones y responsabilidades.

Mientras que la clínica psicoanalítica, toma al síntoma como una dimensión de verdad singular del ser hablante. Por lo cual pone a trabajar al sujeto respecto de aquello que lo trae a la consulta, implicándose acerca de su verdad subjetiva, asumiendo una responsabilidad propia sobre su relación y posición de goce en la estructura. Permitiendo al sujeto posicionarse de otra manera ante la fuente de su padecimiento y clave de la cura. (Kelman, 2012)

Mario Kelman (2012) plantea que la clínica psicoanalítica se sustenta en una noción de síntoma que le es propia, ya que articula el síntoma con el goce y con la verdad de la letra. Es por ello que el autor plantea la noción de síntoma-letra, siendo este un síntoma que vale como escritura de una verdad del sujeto, la cual no se accede directamente sino mediante su discurso. A diferencia de la noción de síntoma sustentada por las T.C.C. y la

Neuropsicología, donde el síntoma es señal de lo patológico y la cura se logra mediante su eliminación.

El psicoanálisis privilegia la vía del síntoma para que el sujeto acceda a su verdad y se haga responsable de su propio goce patológico en el curso de la cura. Mientras que las T.C.C. y la Neuropsicología plantean que el proceso patológico es lo que alteraría la estructura normal. Lo que sucede que para el psicoanálisis lo patológico podría ser el goce que lleva a la muerte. Pero el goce es un elemento de estructura de cada sujeto, por lo cual es particular tanto en su modo de retorno como en su tratamiento. (Kelman, 2012)

Se podría decir, siguiendo lo planteado por Mario Kelman, 2012, que existen diferentes diferenciales entre la clínica psicoanalítica, y las T.C.C. y la Neuropsicología. Éstas toman al síntoma como un diferencial real, como un signo, basándose en el real órgano, siendo este el cerebro o la mente. Además rechazan la dimensión de verdad del síntoma como así también la relación de este con el goce; esto no implica que el saber del psicoterapeuta incida en la relación del goce con el cuerpo del sujeto.

Mientras que la clínica psicoanalítica toma al síntoma como un diferencial simbólico, capaz de ser cifrado, y por ello denominado por Mario Kelman (2012) como síntoma-letra capaz de ser leído. Considerando esta clínica, la dimensión de verdad y la condición patológica de goce revelada por el síntoma.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión se podría decir que la práctica psicoanalítica puede llevarse a cabo con personas que tengan afasia. La clínica psicoanalítica se sostiene sobre una noción diferente respecto de la función del lenguaje. Pues el área de Wernicke es considerada por el psicoanálisis como un soporte viviente de la función, mas no su causa.

Mario Kelman (2013), retoma a Lacan, y dice que el lenguaje se encuentra en lo real y es incorporado por el ser humano, produciendo un ser hablante mediante el anudamiento de los registros simbólico, imaginario y real.

El psicoanálisis plantea y demuestra que el lenguaje no es solamente para la comunicación. Es por ello que el síntoma principal de la afasia, la dificultad de la comprensión y la elocución del lenguaje, no sería un impedimento para la llevar a cabo una práctica psicoanalítica. Puesto que dicha práctica no se basa en la comprensión, en el saber, sino que va más allá del muro del lenguaje, permitiendo al sujeto un encuentro con su verdad, única y singular. Respecto a la elocución, la práctica psicoanalítica tiene como recurso a la lengua, la cual quiebra y curva al lenguaje, que produce esas fallas. Sirviendo así, al lenguaje para cosas distintas de la comunicación.

Las personas que tienen afasia atraviesan el duelo de una parte de sí mismos, producto de una escena traumática, donde allí creían ser ya no son. Lo real, el cuerpo orgánico irrumpe, rompiendo el espejismo del cuerpo imaginario y tras el diagnóstico de "discapacidad" la caída del cuerpo simbólico.

Estas personas suelen perder gran parte de su autonomía, son llevados, traídos, y se les organiza la agenda con la serie de especialistas que deben visitar para su recuperación. También suelen ser obviados en los discursos de sus familiares puestos en reemplazo de su propio discurso.

Convirtiéndose muchas veces en 'elafasico', un objeto más. Objetalizados por sus familiares quienes reemplazan el discurso del sujeto por los suyos. Así mismo, suelen ser objetalizadas tanto por la práctica de las T.C.C. y de la Neuropsicología, que se desarrolla basada en el discurso Universitario conceptualizado por Lacan (1973/2016). Estas terapias reducen al sujeto a un puro objeto. Siendo el sujeto permutado por el síntoma, objeto de cura mediante su eliminación o disminución. El agente psicólogo es quien porta el saber y mediante este podrá 'reeducar' al paciente y a sus familiares.

Éstas prácticas se desarrollan sobre una concepción moralista, basadas en imperativos de como el ser humano debe actuar para acercarse a una posición de bien.

Lacan (1953/2013) plantea las paradojas de la relación del sujeto del lenguaje y la palabra, he notado una similitud entre las paradojas desarrolladas de la(s) locura(s) y el sujeto de la ciencia. En ambas se sustrae al sujeto, quedando alienado en el campo del Otro, el Otro terapeuta en el caso de las T.C.C. y las Neuropsicologías, donde no hay un reconocimiento del sujeto.

No me atrevería a decir con esto que dichas terapias psicotizan al sujeto, sino que me permite reconocer en el lugar que queda el goce del sujeto en dichas prácticas. El Otro, terapeuta, es quien hace con ese goce, es el Otro terapeuta quien dice como gozar. Entonces cabe preguntar: ¿cuál es la relación del sujeto con su deseo? En estas prácticas pareciera que se permuta una alienación del deseo por otra, es decir por el deseo del terapeuta.

Mientras que en la práctica psicoanalítica se articula en la ética psicoanalítica, entorno al encuentro del sujeto con su verdad respecto a su deseo, mediante la desalienación, produciendo así un cruce entre su deseo y el deseo del Otro, siendo allí donde debe elegir.

Y en esto, dice Lacan (1959/2013), radica la ética psicoanalítica en que el sujeto haga una elección y no ceda ante su deseo.

El congelamiento del diagnóstico, en 'elafasico' produce una caída de la posición subjetiva, dejando al sujeto como un producto acabado preso de las limitaciones orgánicas descritas por el diagnóstico. Imposibilitando así una permutación de lugares simbólicos, donde el sujeto pueda reubicarse en su cadena discursiva posibilitando un cambio de posición, del ser afásico al tener afasia.

Siguiendo lo planteado por Mario Kelman, respecto a los diferenciales de la clínica psicoanalítica. Toma al síntoma como un diferencial simbólico, capaz de ser cifrado, y por ello denominado por Mario Kelman (2012) como síntoma-letra capaz de ser leído. Considerando esta clínica, la dimensión de verdad y la condición patológica de goce revelada por el síntoma.

Por lo cual la clínica psicoanalítica no se basará en la eliminación de los síntomas-signos diagnosticados por el cuadro de la afasia, sino entorno al síntoma-letra siendo éste lo más propio de cada sujeto.

Esto es un recorrido y una justificación de la posible práctica mediante la teoría y basándome en dos ejemplos tomados de la práctica en A.R.A. como tallerista y no como analista. Por lo cual, dicho ensayo quedará sujeto a posibles modificaciones futuras en relación al desarrollo de la práctica profesional que lleve a cabo en un futuro como psicoanalista.

Bibliografía

- Adrover, J.F. & Duarte, A. (2001). *La integración entre psicología cognitiva y neurociencia: Una necesidad recíproca*. Recuperado el 18 de julio de 2018, desde:
http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/bitstream/123456789/535/1/La_integraci%C3%B3n_Adrover.pdf
- Albert, M.L., & Helm-Estabrooks, N. (2005). *Manual de la Afasia y de Terapia de la Afasia*. Buenos Aires – Madrid, Argentina, España. Editorial Medica Panamericana
- Ardilla, A. (2005). *Las Afasias*. Guadalajara- Jalisco, México. Editorial Universidad de Guadalajara
- Ardilla, A., & Roselli, M. (2007). *Neuropsicología Clínica*. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno.
- Azcoaga, J.E. & otros. (1992). *Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones en el niño y en el adulto*. Buenos Aires- Barcelona. Editorial Paidós.
- Barbato, C.E. (2012). “Convergencias y divergencias entre el sujeto del psicoanálisis y el ser humano de las terapias cognitivo conductuales”. En A.S.Gentile (Ed.). *La psicología en el diván. Ensayos críticos sobre el saber psicológico* (pp. 339-355). Rosario, Argentina. UNR Editora- Universidad Nacional de Rosario.
- Basuela Herreras, E. (2006). La neuropsicología de A.R.Luria: coetáneos y continuadores de su legado. *Revista de Historia de la Psicología*, vol. 27, num. 4, 2006. Recuperado el 19 de julio de 2018, desde:
<file:///C:/Users/mailen/Downloads/4%20BAUSELA.pdf>
- Boisclair-Papillon, R. (1996). “Consecuencias psicológicas de la afasia”. En Joannette (Ed.). *El afásico, daño cerebral y comunicación* (pp. 43-63) Buenos Aires, Argentina. Editorial Colmena.
- Fainblum, A. (2004). *Discapacidad. Una perspectiva clínica desde el psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Tekné.
- Freud, S. y Breuer, J. (1893-1895/2012). “Estudios sobre la histeria”. En *Sigmund Freud Obras Completas, Tomo II*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1914/2012). “Introducción al Narcisismo”. En *Sigmund Freud Obras Completas, Tomo XIV* (pp. 65-98). Buenos Aires, Argentina. Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1925/2012). “Inhibición, Síntoma y Angustia”. En *Sigmund Freud Obras Completas, Tomo XX*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Amorrortu.
- Geromini, N.G. (1995). La recuperación del paciente afásico: ¿Utopía o Realidad? Trabajo publicado en: *Fundación Dr. J. R. Villavicencio*. Anuario N° 3: 118-123. Recuperado 21 de junio de 2018, desde:
<http://www.adinarosario.com/fotos/biblioteca/adulto2t.pdf>
- Kelman, M.S. (2012). La noción de síntoma en la intervención entre clínica médica y clínica psicoanalítica. En *Revista Actualidades en Psicología*, Vol.26 .33-55. Recuperado el 09 de septiembre de 2018, desde:
<http://repositorio.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/12666/2165-3472-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Kelman, M.S. (2013). Neurociencias, Psicoanálisis. Revista *Actualidades en Psicología*, Vol. 27, nº114. 39-54. Recuperado el 18 de septiembre de 2018, desde:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades/article/view/2340/9948>
- Lacan, J. (1949/2013). "El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica". En *Escritos 1* (pp.99-106). Madrid, España. Ed. Biblioteca Nueva.
- Lacan, J. (1953/2013). "Función y Campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis". En *Escritos 1* (pp. 231-310). Madrid, España. Ed. Biblioteca Nueva.
- Lacan, J. (1959/2013). *Seminario 7, La Ética del psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós.
- Lacan, J. (1973/2016) *Seminario 20, Aun*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós.
- Lacan, J. (1974). "La Tercera". En *Intervenciones y Textos 2*. Recuperado el 20 de septiembre de 2018, desde:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UOr_SNY7dz0J:88.27.249.81/p/sico/sesion/ficheros_publico/descargaficheros.php%3Fopcion%3Dtextos%26codigo%3D334+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=ar
- Létourneau, P.Y. (1996). "La familia del afásico". En Joannette (Ed.). *El afásico, daño cerebral y comunicación* (pp. 137-149). Buenos Aires, Argentina. Editorial Colmena.
- Levin, E. (2003). *Discapacidad. Clínica y educación. Los niños del otro espejo*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Nueva Visión.
- Luria, A.R. (1981). *Fundamentos de Neuropsicología*. Rio de Janeiro, Brasil. Editora da Universidade da Sao Pablo,
- Saenz, I. (2016). *Tesis Doctorado: Formación, Concepción de Salud en la Currícula y Mercado Laboral*. Argentina.