

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DESANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRIA EN PSICOANALISIS Y EDUCACION  
PROMOCION I**

**TEMA:**

**El lugar del psicoanálisis en instituciones de salud: abordajes e intervenciones posibles  
desde la Clínica Lacaniana**

**AUTOR:**

**Francisco Maquilón Herrera**

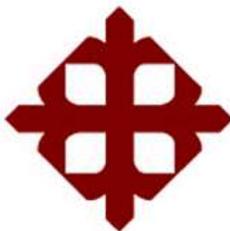
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE:  
MAGISTER EN PSICOANALISIS Y EDUCACIÓN**

**TUTORA:**

**Nora Guerrero de Medina**

**Guayaquil, Ecuador**

**2018**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO MAESTRIA EN PSICOANALISIS Y EDUCACION**  
**PROMOCION I**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Francisco Javier Maquilon Herrera como requerimiento parcial para la obtención del Título de Magister en Psicoanálisis y Educación

**TUTOR (A)**

**NORA GUERRERO DE MEDINA**

**REVISOR DE CONTENIDO**

**Rosa Elena Sperziade**

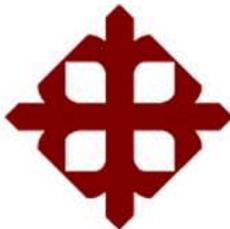
**REVISOR DE METODOLOGIA**

**Cinthya Isabel Game Varas**

**NORA GUERRERO DE MEDINA**

**DIRECTORA DE LA MAESTRIA EN PSICOANALISIS Y EDUCACION**

**Guayaquil, 21 de noviembre del 2018**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO MAESTRIA EN PSICOANALISIS Y EDUCACION  
PROMOCION I**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Francisco Javier Maquilón Herrera**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación **El lugar del psicoanálisis en instituciones de salud: abordajes e intervenciones posibles desde la Clínica Lacaniana** ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía.

Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, 21 de noviembre del 2018**

**EL AUTOR**

**Francisco Javier Maquilón Herrera**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSGRADO**

**MAESTRIA EN PSICOANALISIS Y EDUCACION**

**PROMOCION I**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Maquilón Herrera, Francisco Javier**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución la tesis de **Maestría** titulada: **El lugar del psicoanálisis en instituciones de salud: abordajes e intervenciones posibles desde la Clínica Lacaniana**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 21 de noviembre del 2018**

**LA AUTOR**

f. \_\_\_\_\_  
**Francisco Javier Maquilón Herrera**

**Documento** [tesis maestria fmh 2017-2018 urkund.docx](#) (D36154811)

**Presentado** 2018-03-05 23:35 (-05:00)

**Presentado por** fmh1291@hotmail.com

**Recibido** nora.guerrero.ucsg@analysis.orkund.com

**Mensaje** tesis francisco maquilon 2017-2018 [Mostrar el mensaje completo](#)

2% de estas 49 páginas, se componen de texto presente en 5 fuentes.

**TEMA:** El lugar del Psicoanálisis en Instituciones de Salud: abordajes e intervenciones posibles desde la Clínica Lacaniana.

**ESTUDIANTE:** Francisco Javier Maquilón Herrera  
**MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS Y EDUCACIÓN.**

**ELABORADO POR:**



**DRA. NORA GUERRERO DE MEDINA**

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN DE LA MAESTRÍA EN  
PSICOANÁLISIS Y EDUCACIÓN**

## **Agradecimiento**

Agradezco en primer lugar a mis padres Francisco y Amparo, por el apoyo y esfuerzo brindado en todo momento.

En segundo lugar, quiero agradecer a Nora Guerrero de Medina, Psicoanalista de la NEL-Guayaquil y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis por su orientación brindada, cuyo aporte contribuyó de manera importante en la realización de este trabajo, su enseñanza, la cual aportó valiosos conocimientos que me dieron la oportunidad de crecer profesionalmente, y por hacer del psicoanálisis un saber alegre y esclarecedor.

En tercer lugar, expresar mis agradecimientos a los compañeros de ruta, colegas con los que he compartido, seminarios, grupos de estudio, carteles, a mi amiga Sasha por su colaboración en este trabajo de investigación.

Por último, un agradecimiento a mi analista Antonio Aguirre, Psicoanalista de la NEL-Guayaquil por todo lo que el análisis pudo conmigo, poder entender la vida como un desafío, aceptar los resultados de lo que uno elige, y saber perder sin estar derrotado, comprender una transmisión por mi analista sobre la tensión de las contingencias y la dificultad del azar. Asimismo, el análisis me permite un tiempo para comprender-me, y que para el psicoanálisis no hay víctimas, hay sujetos responsables.

“Miren mi televisión. Soy un clown.  
¡Tomen ejemplo de esto y no me imiten!”  
Jacques Lacan.

## **DEDICATORIA**

A mis Padres y a mi novia Pía quienes supieron siempre mostrar su constante apoyo.

**Francisco Javier Maquilon Herrera**

## Contenido

Introducción.....	4
Capítulo I.....	5
1.1 Que es la salud mental:.....	5
1.2Salud mental en el Ecuador. ....	6
Capítulo II.....	9
2.1 El Método Psicoanalítico enFreud.....	9
2.2Jacques Lacan. ....	21
<b>2.2.1 El Lacan lector – investigador. ....</b>	<b>25</b>
<b>2.2.2 Escritos- La familia (1938). ....</b>	<b>25</b>
<b>2.2.3 Lo imaginario. ....</b>	<b>26</b>
<b>2.2.4 El estadio del espejo. ....</b>	<b>27</b>
<b>2.2.5 El conocimiento paranoico. ....</b>	<b>28</b>
<b>2.2.6 La ruptura. ....</b>	<b>28</b>
<b>2.2.7El discurso de Roma. ....</b>	<b>29</b>
<b>2.2.8 Los seminarios. ....</b>	<b>29</b>
<b>2.2.9La excomuni3n- Definitiva. ....</b>	<b>29</b>
<b>2.2.10 Escritura y pol3tica. ....</b>	<b>30</b>
2.3Que es la Urgencia.....	31

2.4.-Transferencia.....	35
2.5 Del Trastorno al síntoma .....	42
Capitulo III .....	48
3.1 El deseo del analista y sus intervenciones en la salud mental .....	48
3.2 Las psicosis ordinarias como programa de investigación .....	62
Capitulo IV .....	66
4.1 Casuística.....	66
• <b>Caso JL un momento de urgencia.....</b>	<b>66</b>
• <b>Caso E .....</b>	<b>69</b>
Conclusión.....	73
Metodología.....	75
Bibliografía.....	77
Cronograma .....	83

## **RESUMEN DEL PROYECTO**

Siendo un trabajo de investigación que tiene la finalidad de ocuparse de temas relacionados con la salud mental desde una mirada psicoanalítica, las urgencias subjetivas, el lugar del practicante de psicoanálisis lacaniano, la política del síntoma, la transferencia en instituciones, por lo cual brinda a los estudiantes, practicantes del psicoanálisis, información sobre el lugar del psicoanálisis en instituciones de salud con el objetivo de mejorar el saber hacer como profesionales. Se ha tomado como conceptos claves la salud mental, el psicoanálisis, la suplencia, el síntoma, la transferencia, fenómenos elementales, la psicosis, los desenganches, psicosis ordinaria por lo que el trabajo muestra la elaboración teórica desde la teoría psicoanalítica Lacaniana. Teniendo como prioridad identificar las problemáticas institucionales y su posible abordaje en el mismo.

**Palabras Clave:** Salud Mental, Psicoanálisis, Urgencia Subjetiva, Transferencia, Síntoma.

## **TEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

El lugar del psicoanálisis en instituciones de salud: abordajes e intervenciones posibles desde la clínica lacaniana.

## **JUSTIFICACIÓN**

La investigación tendrá como prioridad precisar como el practicante del psicoanálisis en instituciones de salud se ve constantemente llevado a inventar nuevos modos de responder a presentaciones clínicas como, intentos de suicidios, intoxicaciones con consumo de alcohol, tabacos y otras drogas, pasajes al acto con sujetos menores de edad, que muchas veces van acompañados por otro sea en el caso de las instituciones de salud por un familiar.

El analista que realiza su práctica clínica dentro de estas instituciones tiene como brújula el poder ubicar, en cualquier estructura “*el punto nodal de los desencadenamientos y la problemática del goce.* (Laurent, 2011, p. 200); lo cual, brinda al paciente un lugar para poner mediante la palabra su padecer, que él sujeto ponga una renuncia a la agresividad con el analista.

Es decir, pasar de la agresividad a hablarlo, que pueda poner en palabras su queja y pueda desplegar su padecer sin que esa escucha produzca solo alivio y apunte a des-armar aquello que es leído en lo social.

El abordaje del trabajo en instituciones es demostrar que el psicoanálisis cura en la medida en que permite testimoniar que un sujeto no se puede re-identificar del todo a una clasificación, debido a que siempre queda algo... Hay efectos positivos cuando uno toca lo irreductible del síntoma, su singularidad (Laurent, 2009) .

Académicamente, el tema se justifica debido a que los estudiantes de la carrera de psicología clínica y de la maestría en psicoanálisis de la UCSG podrán ubicar específicamente, cual es el lugar del practicante del psicoanálisis en instituciones de salud. Además, se cuenta con recursos

bibliográficos los cuales sirven como lugar de investigación y sujeto de investigación por los casos que serán tomados de los mismos.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

La práctica analítica dentro de una institución de salud se encuentra atravesada por normativas institucionales en cuanto al tiempo de atención a los pacientes. Sin embargo, lo que rige la práctica en los diferentes dispositivos como centros penitenciarios, centro salud, hospitales etc... Es el tiempo lógico, que no está dado de antemano y el cual estará regido por el caso por caso. La orientación es por lo singular de cada caso que determina la dirección del tratamiento, así como su salida.

El trabajo del psicoanálisis en las instituciones de salud, como en el departamento de salud mental, va dirigida por un vector desde lo universal que es lo que meramente apunta la salud mental a lo singular del sujeto y eso ya es ir por la vía del psicoanálisis y lo que se privilegia es la posición subjetiva haciendo una lectura del texto dada por el paciente de los hechos que no es cándida, se dirige a los dichos para localizar ahí un decir.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Proponer abordajes e intervenciones desde la clínica lacaniana en instituciones de salud del Ecuador.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Detallar las intervenciones del método psicoanalítico en las instituciones de salud mental.
2. Describir el tratamiento del sujeto desde el psicoanálisis a partir de casos clínicos en instituciones de salud.

## **Introducción**

El presente trabajo de titulación plantea una investigación siguiendo el marco teórico psicoanalítico para explorar el lugar del psicoanálisis dentro de las instituciones de salud en el Ecuador, así como el posible abordaje a urgencias subjetivas desde la práctica psicoanalítica.

En el proceso de desarrollo del proyecto se realizará un recorrido teórico sobre lo que comprende la teoría psicoanalítica, la salud mental, las urgencias subjetivas y los posibles trabajos de intervención clínica dentro del ámbito institucional.

Respecto a la teoría psicoanalítica el presente trabajo revisará el recorrido desde su inicio en Freud, avanzando con lo postulado por Jacques Lacan en sus escritos y trabajos más relevantes para sostener la investigación realizada. Se encuentra también una compilación de conceptos básicos que permiten comprender el rol del psicólogo que sostiene su práctica desde la corriente analítica dentro de las instituciones de salud en el Ecuador.

Para finalizar, se presentará casos prácticos para determinar así las posibles intervenciones desde el abordaje clínico psicoanalítico dentro del contexto de urgencia subjetiva dentro del dispositivo institucional que permite la práctica profesional.

## Capítulo I

### 1.1 Que es la salud mental:

La definición de salud mental aparece a la mitad del siglo XX y es utilizado para identificar estados patológicos y de salud en general. La filosofía cumple un papel muy importante en la categorización porque permite establecer la trilogía de lo biológico, psicológico y lo social, con esto se elimina la ruptura de que la salud mental es solo la ausencia de enfermedad, sino de un bienestar integral, incorporándose además el proceso de prevención y promoción de estos servicios de salud.

La OMS define como sistema de salud mental “al conjunto de estructuras y actividades cuyo propósito principal es promover, mantener o restaurar la salud mental y prevenir los trastornos mentales.” Creando a partir de esto áreas comprendidas en el WHO-AIMS (Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud) los mismos que derivan de diez recomendaciones generales para optimizar la atención en salud mental que además fueron punto focal del Informe Mundial del 2001 (OMS,2001), sin embargo el establecerlos en los países en vías de desarrollo es complejo, siendo los siguientes:

1. Proveer tratamiento en la atención primaria.
2. Asegurar la disponibilidad de los medicamentos psicotrópicos.
3. Prestar atención en la comunidad.
4. Educar al público.
5. Involucrar a las comunidades, familiares y usuarios.
6. Establecer políticas programas y legislación a escala nacional.
7. Desarrollar recursos humanos.
8. Establecer vínculos con otros sectores.
9. Monitorear las acciones de salud mental en la comunidad.
10. Apoyar nuevas investigaciones.

#### Evolución de la salud mental

La salud mental tiene un proceso histórico, siendo tratada de diferentes concepciones teóricas, al igual que los trastornos mentales, con las corrientes europeas y americanas de

la profilaxis e higiene mental permiten darle un enfoque precursor. Por lo cual se evidencia que definir salud mental es complejo y polifacético ya que no existe un solo concepto. Por lo tanto se ha ido a través del tiempo estableciendo conceptualizaciones más coherentes. El campo interdisciplinario que abarca la concepción epistemológica proviene porque tiene aportes importantes desde diversas orientaciones.

La salud mental viene arrastrando una concepción positiva desde el año 1948 donde la Organización Mundial de la Salud establece el permitirse trabajar no solo en la curación sino también en la prevención y promoción de las patologías mentales y su consecución donde señala en ese año que es “la salud es el estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía” (OMS, 2001).

Se conoce que los trastornos mentales y neurológicos son aproximadamente la cuarta parte de las enfermedades en América Latina y el Caribe (OPS, 2013); esto se hace notable cuando se observa la necesidad de fortalecer los servicios de prevención, intervención y tratamiento, no solo de una mera estadística, sino de abordaje integral a nivel mundial y del Ecuador.

Tomando como punto de partida estadísticas de prevalencia de trastornos mentales encontramos a la depresión siendo el más común a nivel mundial. En América latina el 5% de la población adulta padece de ella, pero la mayoría no busca, ni recibe tratamiento, según la OMS.

## **1.2Salud mental en el Ecuador.**

Actualmente en el Ecuador ha empezado a evidenciarse el incremento de la contratación de psicólogos clínicos para el servicio público, identificando la salud mental como una necesidad de mejorar procesos de calidad de servicios, atención a personas con uso y consumo de drogas, trastornos neurológicos, mentales y valoración de discapacidad.

La salud mental es un estado de bienestar del individuo consciente de capacidades donde puede afrontar de manera adecuada las tensiones normales de la vida, pudiendo

trabajar de manera satisfactoria, productiva e incluso aportando de manera eficiente al desarrollo de la comunidad (MSP, 2016)

Siendo las estadísticas de morbilidad la primera fuente de información en cuanto de patología hablamos. Pero rara vez las patologías mentales son causas de muertes, siempre están su diagnosticadas dejándose de lado la importancia de su representación clínica y estadística.

Los servicios de salud mental en el Ecuador han sido (OMS, Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: WHO, 2001)Modificados a niveles de atención que son en un número de tres:

1. **Modalidad ambulatoria.** Su objetivo principal es evaluar, diagnosticar y proporcionar tratamiento ambulatorio de acuerdo a necesidades del sujeto o la comunidad. Cuando las patologías son de mayor complejidad se realiza referencias a ambulatorios intensivos o unidades hospitalarias.
2. **Modalidad ambulatoria intensiva.** Atención a personas que presentan trastornos mentales graves y/o consumo problemático de alcohol y otras drogas en un período de tratamiento diario o casi diario durante el día. Los servicios terapéuticos son de tratamiento, individual, familiar, grupal, multifamiliar.
3. **Unidades de Salud Mental Hospitalarias.** El servicio de urgencia o emergencia se encuentra establecido además de poseer *Centros Especializados de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas:* En estos servicios se brinda tratamiento en modalidad residencial a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas.

Lamentablemente, las condiciones sociales de países en vía de desarrollo benefician la prevalencia de cierta patología mental; pero solo en muy pocas situaciones se obtiene información cuantitativa veraz que sea el soporte de dicho diagnóstico. Por ejemplo, “existen razones para suponer que los cuidados insuficientes que se brindan a la madre y al niño, la frecuente prematuridad y las infecciones y traumatismos de la infancia-

condiciones muy frecuentes en los países en desarrollo-pueden dejar una importante secuela de daño cerebral, epilepsia y retardo mental en la población afectada”.

### **Reforzar el primer nivel de atención**

La salud mental como se lo ha evidenciado en los últimos años, ha incrementado su importancia a nivel público, aunque se conoce que no es suficiente, la demanda crece cada vez más, los problemas se los enfrenta de forma deficiente, aplicando las estrategias de organizaciones internacionales, se propone que se deba “reforzar la atención primaria en salud y en salud mental”, dice el Dr. Uribe. Siendo las atenciones de menor rango de distancia del domicilio de permanencia habitual, esto permite que la adherencia al tratamiento sea mejor, reduciendo el tiempo de espera de la atención de hospitales de segundo o tercer nivel, pero también esto significa que el personal en general sea capacitado para reconocer trastornos mentales e incluso tratarlos hasta que un especialista valore la patología.

“Muchos de los problemas comunes de salud mental pueden ser resueltos por un equipo de atención primaria.” También es importante una coordinación buena entre los médicos de atención primaria y los especialistas, para referir un caso más complejo al especialista adecuado. En la actualidad existen dificultades para dar acceso a servicios de salud mental a un gran número de personas que pueden padecer de trastornos mentales más leves, como la mayor parte de los casos de depresión.

El objetivo a corto plazo es que mejore la atención a la salud mental en el mundo y que cada vez más latinoamericanos tengan la posibilidad de mejorar su calidad de vida, accediendo a servicios de calidad, independientemente de su nivel económico o social.

### **Dificultades en el empoderamiento de la Salud Mental**

En la actualidad la salud mental presenta un estigma sobre los trastornos mentales que genera que busquen atención de forma escasa, la preconcepción sobre los tratamientos referidos, la falta de información y las dificultades para el acceso son algunas situaciones que dificultan el empoderamiento o el acceso a los servicios de salud mental en el Ecuador.

## Capítulo II

### 2.1 El Método Psicoanalítico en Freud

Para investigar temas del psicoanálisis es importante hablar de Freud, el cual fue el descifrador del enigma humano, el cual nace el 6 de mayo de 1856 en Moravia, hijo de Jacob Freud un comerciante judío, su nombre proviene de su abuelo paterno Sigismund Schlomo.

Freud vivió algún tiempo después de su nacimiento en Freiberg luego se mudó con su familia a Leipzig, posteriormente a Viena, la familia de Freud fue muy pobre a partir de una situación en el ámbito laboral del padre, el cual nunca pudo recuperar su fortuna, Freud cuando llega a Viena lo hace junto a su hermana Anna, para él fue muy difícil dejar su lugar de crianza que era Freiberg, nunca se sintió cómodo en la ciudad, no obstante, fue en Viena en donde se establece y permanece.

Aunque muchas noches recordaba los bosques de su hogar, fue en medio de su autoanálisis, que descubre sobre su vida inconsciente, en el cual mediante cartas a Fliess le cuenta detalles significativos como el recuerdo atormentador de una satisfacción sobre la muerte de su hermano menor de nombre Julius, por el cual sentía celos infantiles, lo cual el mismo más adelante dirá que eso es importante para la estructuración psíquica “amor y odio pasiones fundamentales en el destino humano” (Gay, 1989, p. 33).

Freud fue considerado el favorito de su familia tanto así que tuvo su propia habitación sea cual fuera la estrechez de la casa, aparte su propio cuarto de estudios repleta de libros, los cuales fueron sus únicos lujos. En ese momento era un Freud adolescente, desde ese momento ya había una vena didáctica debido a que daba conferencias del mundo a sus hermanos las cuales duraban algunas horas.

Freud empezó su formación como científico en la facultad de medicina, en las cuales les daban como catedra 2 años de filosofía y luego se especializaban en diferentes áreas, en ese momento los judíos solo podían estudiar dos carreras medicina o derecho.

En ese momento Freud se encontraba frente a maestros de una teoría positivista, donde se configuraba de cierto modo el paradigma de la ciencia, la medicina de esa época estaba en plena transición, debido a que la medicina había sido un saber técnico de medicina muy tradicionales de uso de hierbas, de uso de elementos naturales, la enfermedad se fundamentaba en cuestiones mitológicas y se trataban dependiendo de dónde venían si del fuego, del agua, de la tierra, el aire y había representación en el cuerpo de cada uno.

En esta época eso era un saber respetado, además en ese momento se pensaba que la melancolía venía de la bilis negra y así se hacía la medicina hasta esa época.

Entonces cuando estos maestros positivistas de Freud dicen nada es metafísico, vamos a reducir todo a fuerzas físico química eso da un espíritu científico que es en el cual se forma Freud como científico, Freud pasa alrededor de 7 años observando por el lente del microscopio las gónadas de las anguilas, en ese momento un científico de observación, escritura de informe, contrastación ese era como se había formado Freud.

Para cuando Freud sale de la facultad se dedicó atender como clínico, en el cual atendió casos de sífilis que era muy común en la ciudad de Viena, debido a que existía una alta prostitución, por lo cual esta enfermedad era muy presente en la ciudad. Entre uno de sus pacientes fue el padre de Dora y es así como posteriormente Dora llega a su consulta.

Además, Freud atendía las llamadas enfermedades nerviosas los cuales había aprendido cuando estuvo en París junto a Charcot, en el cual publicó varios estudios sobre enfermedades orgánicas del sistema nervioso, ya se acercaba a lo que en ese momento se llamaba a la nueva enfermedad (histérica). Freud estudio la histeria en esa época y comenzó a recibir esas pacientes, las cuales hablan de amor, sexualidad, muerte, locura.

Es decir, cosas que no tenían nada que ver con la ciencia positivista, por lo cual Freud tuvo que recurrir a sus formaciones humanística, filosófica y también de bachiller, porque en la época de Freud en las escuelas y colegios enseñaban griego, latín, historia en los

cuales Freud era un apasionado, Freud había sido brillante en la escuela y ávido como lector. Fue el primero de su clase durante algún tiempo, entonces Freud recurrió a todo esto para pensar los dichos de sus pacientes lo cual no lo podía reducir a fuerzas fisicoquímicas.

En 1915, Freud menciona que va a “*reducir toda la metafísica a metapsicología*” (Freud, 2013, p. 22), es decir, ya no a fuerzas fisicoquímicas, sino interrogarnos ¿qué es un síntoma? Pasar de esa formación científica positivista a ocuparse de fenómenos clínicos que no tenían explicación orgánica.

Freud tuvo que hacer un gran esfuerzo para pasar del examen médico a la escucha psicoanalítica porque el paradigma clínico era por observación como lo indica Foucault “*la clínica comienza cuando se abren los cadáveres*” (Foucault, 2003, p. 15); la observación de los órganos, las coloraciones, la consistencia de las sustancias, el examen de las propiedades era científica debido a que comparaban los cadáveres de las personas que morían por ciertas enfermedad y de otras y de ese modo darse cuenta que había pasado.

Y por supuesto, Freud estaba formado en la medicina y él también observaba, por eso cuando le toca decirle a sus pacientes desvístase y hacer auscultación por el tacto, ver el color de la lengua, sucedió que estas pacientes le dijeron a Freud que no las interroge, que no las interrumpa, sino que las deje hablar sin interrupciones, y Freud decidido dejar de mirar, cerro su boca y comenzó a escuchar libremente, a lo cual lo llamó posteriormente asociación libre, fue eso que le ayudo a pasar de la mirada a la escucha.

Además, Freud con estas pacientes utilizaba la hipnosis, pero luego él dice “*modifique la técnica de la catarsis. Abandone la hipnosis y procure sustituirla por otro método, pues quería superar la limitación del tratamiento*” (Freud, 2013, p. 26), Freud solo conservo de la hipnosis la indicación de acostarse sobre el diván.

Freud se da cuenta que la hipnosis no funcionaba de manera eficaz lo cito: “*la hipnosis había ocultado un juego de fuerzas*” (Freud, 2013, p. 28). Por lo cual decide abandonar esa práctica, conjuntamente se da cuenta en ese momento sobre un mecanismo de defensa primario la cual llamará represión. Da un giro teórico y práctico pasa de la catarsis al procedimiento que llamara psicoanálisis.

El psicoanálisis siguiendo la pluma freudiana parte de las bellas artes, parafraseando a Freud dice “*la técnica artística*”, en el trascurso del tiempo ha traspasado fronteras, tiene que ver poco con la medicina y más con el arte.

Freud inventa el psicoanálisis entre 1895 y 1938 una clínica que la corrobora con su práctica, volviendo un sostenimiento epistémico riguroso desde la antropología, bases de filología, la estructura de la neurología, postulados de física y componentes de la economía que él denominó libidinal tornándose multidisciplinaria, pero no ecléctica. Por lo tanto, el psicoanálisis es un método terapéutico debido a que se ocupa del inconsciente. Pero, diferente a las demás terapias. El inconsciente es algo que no se cambia por fuerza de voluntad, se escucha en la consulta, pacientes que dicen es más fuerte que yo lo que me sucede, es algo desconocido para el sujeto, desde manifestaciones de sueños y es en ese momento que el psicoanálisis se ocupa de eso.

El psicoanálisis es un cuerpo teórico muy sólido y es además un método de investigación que aplicado a la reflexión de distintos elementos va dando paso a paso a la posibilidad que surjan contenidos inconscientes.

Se puede decir que el psicoanálisis se ocupa de lo que no se ocupa la ciencia. La ciencia se dedica a predecir, puede producir transformaciones, en ese sentido el psicoanálisis se ocupa de aquello que no puede ser precedido desde la ciencia y aquello tiene que ver con la contingencia y la singularidad.

El psicoanálisis es la única que permite saber algo del inconsciente y de las consecuencias del inconsciente, puesto que es el inconsciente quien fabrica síntomas de los sujetos que los padece, es una cura específica difícil y valiosa, desde que Freud inventó el psicoanálisis puso una regla, hablar sin censura, decir lo que se le pasa por la cabeza y con eso en la práctica hay sorpresas, porque se descubre cosas, porque el inconsciente proviene del discurso de la palabra, pero es una palabra diferente, no es que se va hablar como en cualquier terapia.

El psicoanálisis tiene como base un invento simple y genial de Freud, es quien sostiene en ese espacio que se le brinda al sujeto, el poder decir lo que se le ocurra, citando a Gabriel Lombardi dirá : *“pagando además para que alguien escuche, eso que se le ocurre, es una práctica aparentemente sencilla por la forma en que Freud lo ilumina”*, (Lombardi, 2017, p. 13) y a partir de esto, se abre la posibilidad de la manifestación del inconsciente donde se encuentra la determinación del sujeto en un doble sentido, porque ahí interviene, una práctica de lenguaje equívoco, esa determinación es la experiencia de la lengua, de los discursos, eso es lo que posiciona al sujeto.

El psicoanálisis es un procedimiento, donde al inicio de su experiencia, el analista ha señalado al paciente que él puede hablar libremente, de lo que desee, esto permitiría la posibilidad de un giro o cambio de posición, que a veces el sujeto desea pero no se anima a hacerlo, el psicoanálisis es una apuesta contra el (enjuiciamiento), es decir a ese paciente no se la va a juzgar, no es un dispositivo más de enjuiciamiento que encontramos en la sociedad.

Freud en el trascurso de sus conferencias indica que suceden muchas cosas en el ámbito del tratamiento, realiza una oposición entre el saber médico y el saber psicoanalítico y por lo cual expuso las dificultades de la aplicación del método analítico, diciendo que el psicoanálisis es difícil tiene muchas dificultades, de la prolongación del tratamiento, que nada se puede asegurar, y que todo depende de la perseverancia de quien está en ese lugar.

Freud comenzó a decir las deficiencias de la práctica, es decir habla de las dificultades y que no está adaptado a los ideales, también avisa sobre que es un camino difícil, él se dirigiría a los que desean persistir en ese camino. Además, Freud señala que, en un psicoanálisis, hay un intercambio de palabra, que el analista escucha y que da esclarecimientos. En el trascurso de sus escritos Freud exalta los poderes de la palabra dando a entender que no es mágica o mística, va exaltar que existe una práctica y que con palabras se puede lograr ciertas transformaciones en la conducta de los sujetos dando más importancia a la escucha que al ver, en palabras de Freud sería “*prestar oídos*” (Freud, 2013, p. 68).

Aquí Freud está mencionando lo que llamo “*asociación libre*”, a lo cual posteriormente le dedicara un cierto número de conferencias, se trata de procurar dirigir las ilaciones de pensamientos, para empujar al paciente a sus propios esclarecimientos.

Freud en todas sus conferencias va describiendo los procesos abstractos, pero que él quiere reducir en conceptos, la asociación libre, interpretaciones, etc...A procesos científicos porque en ese momento Freud quería que sea una ciencia natural.

Un análisis no admite un público, porque es una conversación que no soporta a terceros oyentes, es decir es una palabra entre dos, es un lazo de a dos, no admite una cámara gesell, ni un tercero que venga a controlar debido a que en esas conversaciones se toca lo más íntimo de la vida del paciente, se trata de un espacio privado, el psicoanálisis sería una terapia de lo íntimo y en ese lugar está opuesta a lo público. En un análisis también existe algo de lo que quiere permanecer oculto para sí mismo, eso que el sujeto no quiere confesarse a sí mismo.

Posteriormente, Freud va diciendo en sus conferencias de introducción de psicoanálisis que los oyentes de un tratamiento analítico solo pueden oír hablar de él, entonces es algo que no admite un tercero solamente de oídas, una instrucción entonces de segunda mano en estricto sentido y casi todo depende de esa información de la fe, de la fe de quien escucha de segunda mano, de quien escucha de oídas, entonces ahí, hay una dificultad, debido a como uno puede saber de un tratamiento si la información que tiene es de oídas,

entonces por fe no sirve, y quien puede realmente recibir la información es quien va a analizar. Los psicoanalistas estarían más próximos según la pluma freudiana de un historiador que de un médico, debido a que la medicina puede llegar a construir un obstáculo.

Tendría que ver más con un historiador debido a que el historiador coteja los testimonios, pueden individualizar con suficiente claridad la duda que pueden elevar a la credibilidad del informante en psicoanálisis, pero luego Freud en otros párrafos indica que si bien ahí también hay una dificultad, que, si no se hace de manera personal, sino de oídas, esto sería un asunto de fe, además comienza a decir que de todas maneras los lectores u oyentes tienen el derecho al cuestionamiento.

Freud está dando un camino, un método, citando a Gallo & Ramírez:

“No se trata de un camino vuelto autopista, manido, transitado con comodidad en medio del bosque, sino de un camino arduo, en el que tienen dudas, discusiones, decisiones, es una senda perdida, un camino que la mayoría de las veces no lleva a ninguna parte” (Hector Gallo/ Mario Elkin Ramirez, 2012, p. 13).

Pero que posibilita seguir la huella de la investigación. Este aprendizaje no es fácil debido a que itera, el psicoanálisis se aprende primero por uno mismo y eso lo hace diferente a otros aprendizajes, es decir esto no se aprende por otros, sino por el estudio de la personalidad propia, Freud está dando un rasgo de cómo es este camino del psicoanálisis y poder saber cómo es, la única experiencia que cuenta el analista en la investigación es la de su propio análisis con una analista y que es por esto que puede seguir el camino, no puede ser un autoanálisis porque el sujeto va a constantemente mentirse, y un analista va a garantizar que eso no suceda, por eso es privado y no público.

Freud, en el transcurso de sus conferencias se dedica a mencionar que existe una serie de fenómenos anímicos, muy frecuentes y por todos conocidos que pueden pasar a ser objetos del análisis de uno mismo como: los actos fallidos, los olvidos de un nombre, los lapsus de escritura, lapsus de lectura, lapsus en el hablar, los síntomas, los sueños.

Freud, rescata el término de psique para hablar de psiquismo y psique significa alma y lo usa no para referirse a la actividad metafísica, sino para algo más abstracto que la

neurona, que el cerebro, que el sistema nervioso por eso habla de *“la vida psíquica corona el funcionamiento de ese organismo”*.(Freud, 2007, p. 225)

Es por eso por lo que, no tienen ningún problema, él piensa que no le resta ninguna científicidad, acude a los poetas, filósofos. Freud va encontrando algo más allá de una fachada en los enfermos que le llegan a la consulta más allá de una fachada anímica, y coloca al psicoanalista en una serie de médicos legos el cual puede dar cuenta de un saber distinto, después aclara que no se trata de una mística y no depende de un positivismo, no tiene nada que ver con una psicología experimental, o descriptiva.

El psicoanálisis da cuenta para Freud de la relación de lo corporal y lo anímico y por eso se diferencia de la psiquiatría que se basa en unos cuadros de clasificaciones netamente descriptivas que lo vemos en el DSM la cual ya va por una quinta edición y sobre la cual se basan muchos psiquiatras y psicólogos.

El psicoanálisis es el método para individualizar, acudir a lo singular de las perturbaciones anímicas, aquello que se aparta de toda clasificación, es por eso que a un análisis no se va para tener un título de ser neurótico, histérico sino para singularizar esas perturbaciones del alma.

Finalmente, Freud va diciendo cuales son los prejuicios que impiden a los médicos acercarse a esta dimensión que llamamos perturbaciones del alma porque la formación previa de ellos les hace difícil acceder al psicoanálisis.

Freud en sus conferencias desde la 1º conferencia hasta la 15º va explicando a su público las concepciones psicoanalíticas de las operaciones fallidas y del sueño, pero a partir de la conferencia 16 va haber un cierto cambio debido a que es un Freud de 60 años, el cual va ahora introduciendo a la comprensión de los fenómenos neuróticos, lo cual va cambiando el tema y digamos así las reglas del juego, porque allí no se trata simplemente de civilizar al público y cito a Freud: *“no es mi propósito despertar convencimientos; quiero dar incitaciones y desarraigar prejuicios, deben escuchar y dejar que produzca en ustedes su efecto lo que se les refiere”* (Freud, 2007, p. 223).

Freud no trata de adquirir adeptos, ni tampoco gente convencida, lo cual es bueno, porque no es por la vía de la Fe, sino lo que Freud desea de los pacientes y del público es un “*benévolo escepticismo*” (Freud, 2007, p. 224), porque es todo lo contrario a creencias a ciegas, es decir no creer de entrada, pero con la apertura a la argumentación. Freud confía en el juicio de las personas las cuales pueden cotejar para tomar una decisión, él no va hablar que el psicoanálisis es mejor que la psiquiatría, el pretende hacer que coexista y crezca en paz junto a la psiquiatría, no desea una confrontación, la llamada polémica científica.

Freud en la misma conferencia dice que ha modificado sus opiniones, lo cual se puede ver en la pluma freudiana, cuando en el epílogo del caso Dora donde él se equivocó respecto que no se hizo cargo a tiempo sobre la transferencia y el amor que sentía Dora por la señora K, por lo cual se puede leer que Freud tiene una ética científica porque el mismo dice:

Puedo invocar en mi favor en el curso de mis trabajos he modificado mis opiniones sobre algunos puntos importante sustituyéndolas por otras nuevas, de lo cual, desde luego, hice comunicación pública en cada caso y todavía hoy me critican por tesis que desde hace mucho ya no significan para mí lo mismo (Freud, 2007, p. 225).

Freud en esta conferencia va demostrando como procede un analista y un psiquiatra, el cual se puede observar en la página 227, cuando va diciendo sobre dejar abiertas las puertas del consultorio, la doble puerta, para asegurar una confidencialidad, en ese momento Freud está todavía retomando para el auditorio los actos sintomáticos, los actos fallidos, pero Freud dice que eso “*pertenece a una trabazón anímica pesquisable y que, en calidad de pequeño indicio, anoticia*” (Freud, 2007, p. 227), es decir ese es el método ir a los indicios, ir a los detalles, ir a eso que parece que no tiene ningún sentido.

Freud va indicando las diferencias del psicoanálisis con la psiquiatría e indica que los analistas se interesan por el síntoma y por la acción sintomática que los pacientes vayan mencionando en su discurso y que para la psiquiatría apunta a menospreciar la acción

sintomática, es decir los actos fallidos, los sueños, el inconsciente y privilegia el síntoma porque que para la medicina y la psiquiatría son un signo univoco.

Freud en esta conferencia va explicando algo que no dijo antes, que las acciones sintomáticas no son univocas y pueden tener sentidos diversos y que tienen un sentido singular.

En ese tiempo la mayoría de los analistas eran médicos, excepto Otto Rank, el cual tuvo ciertos problemas legales por no ser médico, y es por esto que Freud escribe sobre el texto pueden los legos ejercer el análisis, en el cual demuestra que sí, debido a que un analista no se forma en las aulas universitarias sino a partir de un análisis, de las supervisiones de casos, carteles, etc. Citando a Miller dirá: *“ser analista no es analizar a los demás, sino en primer lugar seguir analizándose, seguir siendo analizante”* (Miller J. A., 2011, p. 33).

Luego de haber hecho todo ese recorrido en esta conferencia 16° Freud dice: “me concederán la naturaleza del trabajo psiquiátrico no hay nada que pudiera rebelarse contra la investigación psicoanalítica” (Freud, 2007, p. 233), es por eso que Freud dice que pueden convivir en paz.

Freud concluye diciendo en dicha conferencia: *“ustedes saben que nuestra terapia psiquiátrica no ha sido capaz hasta ahora de influir sobre las ideas delirantes”* (Freud, 2007, p. 234), es decir Freud ya se está refiriendo a la psicosis a lo cual se pregunta si el psicoanálisis puede hacer algo y responde: *“no, señores míos, no puede; al menos provisionalmente.”* (Freud, 2007, p. 234). Freud en ese momento reconoce los límites del psicoanálisis, luego vendrán las aportaciones de Jacques Lacan exponiendo que se pueden hacer algo sobre la psicosis.

Freud continuó en sus horarios de los sábados por la tarde en la universidad de Viena tratando de familiarizar, sensibilizar a su audiencia en las cuales había médicos y legos,

empezó con grupo breve de 4 conferencias sobre los actos fallidos y concluyo con la serie más extensa sobre la neurosis, la cual ya fue explicada anteriormente.

Freud se convirtió en un sabio con reputación internacional, el cual escribió sobre la doctrina religiosa y las cuales en cierto momento eran ficciones difundidas por las personas, a Freud no le convencía la defensa de la religión realizada a lo cual dice : *“la religión ha demostrado ser un fracaso, quizás la ciencia podría tener éxito”* (Gay, 1989, p. 594). Luego Freud da a entender que el dios de las religiones es muy similar al padre de la infancia y que cuando un sujeto en la adolescencia pone en cuestión a su padre no llega a renunciar sobre la existencia de él, por lo cual lo que hace es proyectar su existencia sobre los cielos.

En 1923, Freud tiene un encuentro con la muerte, debido a que pierde a uno de sus nietos y lo amenaza a él, parafraseando a dice Peter gay: *“las calamidades llegaron como crueles sorpresas”* (Gay, 1989, p. 467), debido a que una sobrina de Freud se suicida embarazada tomando una sobredosis de somnífero, posteriormente Freud detecta lo que el llamo: *“un crecimiento leucoplásico en mi maxilar y paladar”* (Gay, 1989, p. 468), el cual oculto algún tiempo y luego cuando el crecimiento era ya demasiado grande realiza una consulta con un dermatólogo llamado Maximiliano Steiner el cual le recomienda que deje de fumar y extirpar lo que tenía en su boca.

Posteriormente, según Peter Gay, Freud elige a un rinólogo de apellido Hakej para que realice la cirugía la cual muy rápida y muy desagradable por el hecho que sufrió muchas hemorragias, después de eso Freud pierde a su nieto favorito el cual produjo un golpe muy fuerte en su vida *“Freud, el hombre sin lágrimas lloro”* (Gay, 1989, p. 472).

Consecutivamente todo lo que Freud vivió en ese momento impulso a que en 1929 escribe uno de sus mejores textos, el cual trata sobre la cultura, el sentimiento de culpa, la felicidad, el cual tiene como nombre “El malestar en la cultura” que era una continuación de su anterior texto sobre “el porvenir de una ilusión”, para muchos según Peter gay en su libro “Freud una vida de nuestros tiempos” es el libro más sombrío de Freud, pero su

contenido no era nada nuevo y lo cito : “ninguna de las ideas principales del malestar en la cultura era nueva Freud lo había esbozado en la década de 1980 en cartas a Fliess” (Gay, 1989, p. 605).

Posteriormente una de sus más grandes dificultades, luego de escribir el malestar en la cultura es el ascenso del partido nazi de Hitler al poder, algo que tiene que ver mucho con lo que había escrito poco tiempo atrás, para Freud se volvió muy difícil seguir viviendo en Viena debido a la persecución de los judíos, quien lo ayudo a poder salir fue la princesa Marie Bonaparte, la cual fue a Viena y fue la que se enfrentó con la SS pagando lo que le pedían para dejarlo salir, Freud no tenía dinero debido a que la Gestapo había confiscaron todo su dinero, además quemaron sus escritos.

Freud va a Inglaterra como había dicho para “morir en libertad” (Gay, 1989, p. 697), sus primeras declaraciones al llegar fueron: “que ni las angustias, ni las enfermedades, ni su edad, habían agobiado su vitalidad”, en ese momento Freud tiene 80 años y el cual siguió escribiendo menos que antes, en ese momento escribía sobre los esquemas del psicoanálisis, pero el cual tuvo que interrumpir debido a que hubo signos alarmantes de carácter maligno de sus lesiones en la boca, Freud volvió a tener otra cirugía en la cual fue cortada un pedazo de su mejilla para acceder al tumor.

Freud por su estado muy débil se muda a la residencia en MaresfieldGardens, en la cual era muy agradable, confortable, tenía un jardín cubierto de flores y de árboles, la casa fue arreglada a partir de sus deseos, que fue exactamente en el mismo orden que tenía en su consultorio, se lo adecuaron muy parecido a como era, allí vivió el año que le quedaba de vida, posterior volvió a escribir un ensayo sobre “*algunas lecciones elementales de psicoanálisis*” (Gay, 1989, p. 703), Freud consciente de la proximidad de su muerte, invito a que sus amigos lo visitaran pronto en la cual dijo una grandiosa frase “*a mi edad todo aplazamiento tiene una connotación penosa*” (Gay, 1989, p. 703).

Durante ese año escribió pero no publicó su escrito el Moisés y la religión monoteísta, debido al cuestionamiento y ataque a la religión y lo cito “*un ataque a la religión solo en*

*medida en que, después de todo, cualquier investigación científica de una creencia religiosa presupone incredulidad” (Gay, 1989, p. 705).*

Freud seguía interesándose en el mundo, seguía siendo sarcástico, seguía escribiendo a sus amigos, posteriormente la salud de Freud disminuyó, sufría mucho en las noches, rechazaba los sedantes, su amigo más íntimo Ernest Jones lo visitó, Freud estaba muy adormitado del dolor, pero al escuchar la voz de su amigo al decirle: “ HerrProfessor” (Gay, 1989, p. 719), Freud abrió sus ojos y realizó un gesto, parafraseando a Peter gay “ *Freud se había resignado a dejar la vida”.*

Luego de que Freud le pide al médico de nombre Schur quien fue presentado por la princesa Bonaparte, lo que algún momento habían acordado, el médico procedió luego de hablar con su hija Anna Freud que mantenerlo vivo no llevaba a nada, el médico procedió a inyectarle morfina en tres ocasiones, el cual lo llevó al coma, posteriormente muere el 23 de septiembre de 1939.

Parafraseando a Peter gay dice que Schur menciona y escribió lo siguiente: “*Nunca había visto a nadie morir así, Freud afrontó la muerte con dignidad y sin autocompasión”* (Gay, 1989, p. 719).

Freud en algún momento había escrito a su amigo Pfister lo siguiente sobre el día que falten los pensamientos: “*que no se produzca ninguna invalidez, ninguna parálisis de las propias capacidades como consecuencia de la miseria corporal, muramos con la armadura puesta, como decía el Rey Macbeth”*(Gay, 1989, p. 720)

## **2.2 Jacques Lacan.**

Situado como aquél que reintroduce la peste, mirado desde el puente que encamina a la rebelión, hacia lo subversivo. Cuando Lacan señala que Freud lleva la peste a América como signo del mito que encadena una verdad de contraindicación a lo ya asignado del mundo, al modelo mecánico y compuesto por un pensamiento conservador. Lacan se enfrenta contra el ausentismo del psicoanálisis desde aquellos que se reconocen como los

herederos de sus fundamentos. Querido y odiado, Jacques Lacan juega con la palabra, la toma buscando su naturaleza y dando cuenta de su vacío, se nutre del estructuralismo, de la lingüística, del pensamiento chino, de las matemáticas, de la política, de su lugar como sujeto en la ciencia que encuentra el desvío de la patologización de la ciencia, Lacan: el psiquiatra, el psicoanalista, el lector de Lewis Carroll, el amigo de Picasso, aquél de las conversaciones extensas con los surrealistas, amigo de los existencialistas y detractor, nutrido de la filosofía ante la cual jamás se denominó filósofo, el personaje que desvió la sacralización de la I.P.A que olvidó la base freudiana de la noción de Libido para dar predominio al Yo, ante la situación del inconsciente, el del corte de la sesión, la figuración de la palabra, el tropo (Condensación de palabras).

Un texto de Néstor Braunstein inicia: “ImAnfangwar der Genuss” (En el principio era el Goce), (...) y desglosa “ImAnfangwar Freud (En el principio era Freud)” (Braunstein, 1990). Cuando Lacan inicia su trayectoria retoma a Freud, un psiquiatra apasionado por el psicoanálisis no hace una lectura de Freud en relación al planteamiento establecido, sino, una lectura de odio que se maneja en la lectura surrealista de Paul Éluard, la lectura entre líneas y el martirizar la letra, como dirá actualmente Zizek la lectura de Lacan se establece desde sus ojos:

Lo que Lacan llamó su “retorno a Freud”, los descubrimientos de Freud Aparecen finalmente en su verdadera dimensión. Lacan nunca lo concibió como un retorno a lo que Freud dijo, sino como un retorno al núcleo de la revolución Freudiana de la que el propio Freud no fue completamente consciente.(Zizek, 2008).

La lectura Lacaniana de Freud es el retomar los conceptos situando su especificación eje, que se asienta en la idea pivote que es el inconsciente.

La historia de Lacan que señala al hombre, se sitúa en la unión de unos padres originarios de la ciudad de Orleans en Francia, en el corazón de la villa Orleanesa una pareja: Emilie y Alfred Lacan de sólida formación católica contraen matrimonio donde darán a luz a cuatro hijos, Raymond, Magdeleine, Marc- Marie y él, Jacques Marie Emily

Lacan. Jacques Lacan nació el 13 de abril en 1901 en París, se educará en el Collège Stanislas de París, una escuela Jesuita. Su infancia se desarrolló en un ultra-conservadurismo, un encuentro temprano con la situación angustiosa de la guerra, situación que se supone lo inclinó a la medicina y luego a la psiquiatría. En el año 1927, a sus 26 años iniciará su residencia clínica, trabajando en el hospital de Sainte- Anne. Logrará posteriormente trabajar en el Servicio hospital de Enfermería, donde anteriormente fue practicante su maestro Gaëtan Gatian de Clérambault.

En su práctica clínica logrará obtener su Doctorado con la exposición de su tesis “*De la psychose paranoïa-que dans ses rapports avec la personnalité.*”, en esta tesis expone su curriculum en psiquiatría:

1927-28. Clínica de las enfermedades mentales y del encéfalo. (Profesor Henri Claude).

1928-29. Enfermería especial adscrita a la prefectura de policía. (Georges de Clérambault)

1929-30. Hospital Henri Rousselle. Clínica del Burgholzi en agosto-septiembre.

1930-31. Hospital Henri Rousselle. Diploma de médico legista.

1930-32. Clínica de las enfermedades mentales y del encéfalo. (Lacan, 2006).

El contenido de su tesis y su recorrido histórico, la concepción epistemológica, la crítica a las corrientes de la psiquiatría, la diferenciación entre psicosis orgánica y la posterior implicación a un acto de lenguaje, permitirán que sea reconocido por el mundo de los surrealistas. Amigo de Dalí, que también se interesó por el psicoanálisis y elaboró el “Método paranoico crítico”, vieron puntos de anclaje donde Lacan estableció su formación en un constante discurso con los intelectuales de su época y los que lo precedieron. “*En 1933 a 1939 hará un estudio fundamental de los cursos de Alexandre Kojève en la École Pratique des Hautes Études: “Introducción a la lectura de Hegel”*”(Zizek, 2006).

De la lectura de Alexandre Kojève sobre Hegel y su introducción a la idea de la muerte, el repaso por el denso trabajo de la “Fenomenología del Espíritu”, permitirá trazar los

lineamientos de la lectura dentro de los trabajos Freudianos, la implicación y adaptación de los conceptos fundamentales como el “Espíritu absoluto y la sustancia sujeto” que detallan que no es Dios, sino el espíritu Hegeliano como:

La totalidad espacio temporal del mundo de la naturaleza, que implica el discurso humano, el cual revela ese mundo y el hombre. Es decir, “El espíritu es el hombre en el mundo; el hombre mortal que vive en un mundo sin Dios, y que habla de todo lo que existe y de todo lo que crea comprendido él mismo en ello” De este modo la autonomía o la libertad del ser humano está ligada a la muerte(Kojeve, 1982).

La idea de la muerte queda arraigada en la obra de Lacan, ligándola en primera instancia al “*plano del significante*”(Lacan, 1955), hasta la idea de la muerte como necesaria en el plano de la fe desde una vertiente real, así trae la anécdota la historiadora e investigadora, biógrafa y amiga de Lacan: Elizabeth Roudinesco:

En 1972, vestido con una extravagante camisa suelta, dio una conferencia filmada en la Universidad de Lovaina. Frente a un estudiante situacionista que regaba con leche su pupitre, utilizó un tono de decepción, respondiendo a la mancha y al gesto insurreccional con una suerte de indiferencia. Y luego, de pronto, lleno de rabia, lanzó al público, con un tono de ofendido, una espantosa diatriba: “La muerte-dijo- es del ámbito de la fe... Mucha razón tiene usted de creer que va a morir, por supuesto... eso lo sostiene. Si no creyera en eso, ¿acaso podría soportar la vida que tiene?(Roudinesco, 2012).

Su obra se mantendrá en una metamorfosis continua, transformándose, contradiciéndose y corrigiéndose. Expone su necesidad de ser leído, amado por unos, odiado por otros, Lacan impacta como lo dice Roudinesco, aúlla, emite ruidos, en ocasiones en el límite de lo humano. Mima, acaricia, seduce, vocifera, imita el sonido de los orangutanes como quien recuerda “*el origen darwiniano de la comida totémica* (“PéreOrang”)” (Roudinesco, 2012) Una de sus invenciones fue el continuo uso del neologismo, situándose en la estructura del nudo y sus especificaciones lingüísticas, la homofonía, la gramática y la lógica, un ejemplo es el expuesto, el Pére-Orang: Figura del

padre, trayendo lo perverso, la perversión del escrito, la noción del “amo” (Maitre), la extensión totémica que va del padre-(e)ternidad.

### **2.2.1 El Lacan lector – investigador.**

En 1938, cuatro años después de ingresar a la Sociedad psicoanalítica de París en 1934, luego de asistir en conjunto con Merleau-Ponty, Jean Paul Sartre, Jean Hyppolite, Lefebvre al seminario dictado desde 1933 a 1939 por Alexandre Kojève, Lacan queda marcado por el impacto Hegeliano, así, un año antes de terminar el seminario en base a la fenomenología Hegeliana, Lacan presentará “*un escrito fundamental hacia la Sociedad Psicoanalítica, que será presentado en el volumen VII de la “Encyclopédie Française” (Ed.A. de Monzie) cuyo tema general era “La vie mentale de L enfance à la vieillesse”*” (Masotta, 1978).

### **2.2.2 Escritos- La familia (1938).**

Su escrito tipo ensayo denominado “La Familia” (1938), en este artículo de gran extensión, el autor trabajará el carácter central del narcisismo en la teoría, la relación de complementariedad del narcisismo y una agresividad fundamental en el plano especular. Tomando los escritos de Claude Lévi-Strauss se basará en las “Estructuras elementales de Parentesco” para signar desde la antropología las bases y estatutos que validarán las conceptualizaciones freudianas, guiado por los planteamientos de la antropología funcional que logró un trabajo dentro del área investigativa de campo de la mano de Bronisław Malinowski, Antropólogo que accedió al trabajo directo con la tribu, razón que la seguirá Strauss en su estudio de “Tristes Trópicos”. Para Lacan su trabajo surge desde un análisis exhaustivo de “Tótem y Tabú” de Sigmund Freud para comenzar a interrogarse sobre la función del padre: ¿qué es la culpa impuesta en la memoria que ligará al exterminio y la repetición de la vivencia? ¿Por qué el padre de la horda es una figura total y en qué momento cae para ser muerte presentificada?, este tipo de preguntas darán paso a la transformación entre la idea del padre muerto al padre simbólico, el camino del padre garante al padre residuo, el padre de la función a la figura de la amenaza, la existencia del padre tropo, padre metáfora: Nombre del padre.

### 2.2.3 Lo imaginario.

Un discurso hace ruptura con su ligazón al grupo, pero el reconocimiento a veces se cunde en el rechazo, Lacan es la figura de la poética de Walt Whitman en su texto “Hojas de Hierba”: *“Que yo me contradigo, que yo me contradigo, sí; Yo soy infinito contengo multitudes”* (Whitman, 1989), la infinidad de Lacan pulula en la interrogante sobre cómo concebir la pregunta freudiana de una relación entre lo dentro y fuera, ¿existe una extensión que se vuelva para sí como quién toma un bucle? , alguna vez Freud se interrogaba sobre aquello en una Carta a Breuer, fechada el 29 de junio de 1982: *“Me atormento con el problema de averiguar cómo es posible representar de manera plana, bidimensional, algo tan corporal como nuestra teoría de la histeria”*. (Nasio, 2007).

Ante este tipo de preguntas, releendo a Freud y de la mano de las lecturas de Henry Wallon, en 1936 en el XIV Congreso de la International Psychoanalytical Association (IPA) de Marienbad, hará su entrada al movimiento psicoanalítico internacional, acción que le será desastrosa, ya que resultará un fracaso cuando el organizador de la IPA, Ernest Jones (Biógrafo personal de Freud) lo insultará hablando en contra del conferencista que no respetaba los tiempos de palabra, Lacan abandonará el congreso dirigiéndose a las Olimpiadas de Berlín.

Desde 1934 había contraído matrimonio con Marie-Louise Blondin, madre de sus tres hijas Carolina, Thibaut y Sibylle. En esa época se analizó con Rudolph Loewenstein, análisis del que no hablará en su vida y al que lo alegará como un fracaso, el rechazo a la idea del análisis al estilo (IPA) se va haciendo presente. Seguirá desde 1940 alejado de las exposiciones clínicas, golpeado por el fracaso en su presentación de 1936, mantendrá su espíritu epistemofílico que guía la construcción de un deseo ante el cual no cede y trabajará en Val-de-Grace, hospital militar de París. Durante la ocupación alemana, no toma parte de ninguna actividad oficial.

En 1946 retoma las actividades en la Sociedad psicoanalítica de París, junto a Nacht y Lagache, emprende la supervisión de los analistas y recomienza en sus elaboraciones teóricas.

Dos años después volverá al XVI congreso de Psicoanálisis en Zurich, a presentar una obra cumbre y eje del psicoanálisis, el 17 de Julio de 1949.

#### **2.2.4 El estadio del espejo.**

*“El estadio del espejo como formador de la función del Yo (Je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”*(Lacan, 2010), presentación oral y texto inédito de Lacan con el que vuelve al congreso de psicoanálisis, en este congreso logra anclar con esta conceptualización la interrogante sobre el fuera y dentro planteado por Freud, encamina un paso por la etnología y el análisis del mimetismo en las especies, toma a Henri Wallon y su planteamiento de Potencia segunda de la imagen especular y la estructura narcisista del Yo.

El texto referido se compone por la explicación de la incorporación de la imagen por parte del infans en un periodo cronológico aproximado de los 18 meses, esto demuestra la diferencia radical entre el animal que imita por la vía del mimetismo en el plano del grupo. Aquí un niño que se estructurará dentro del lenguaje por medio del reconocimiento y la función del imaginario del cuerpo sostenido por un decir simbólico de un intercesor especular, situado por fuera que dará la voz y la mirada, para vincular el reconocimiento que hará partícipe al nacimiento de un sujeto tomado por un cuerpo que es visto y asimilado y por lo tanto vivenciado.

Anteriormente el niño está en dehiscencia, puras ganas, es un obstáculo para sí mismo, lo que enerva a él, que se figura, siente y vivencia fragmentada es el cuerpo como un reducto de pedazos sin anclaje. El primer enfrentamiento ante el espejo el dará paso a la vivencia del júbilo, camino que pasa en la confrontación con la mirada que se devuelve por parte del otro a la mirada de sí mismo que dibuja la interrogante y un pronombre, el paso de la insuficiencia a la anticipación, ligará un rasgo unario que demostrará la diferencia entre el cuerpo visto y sentido y la imagen de ligazón narcisista. Esto es una compleja operación dialéctica. La diferencia y apropiación del cuerpo propio se basa en la diferencia del semejante, esta dialéctica social, permitirá el origen del conocimiento estructural paranoico del humano.

### **2.2.5 El conocimiento paranoico.**

La referencia al conocimiento paranoico es un eje del principio lógico de la función del imaginario, aunque Lacan en su primera enseñanza toma en cuenta el significante Saussureano, tomará algún tiempo para establecer el giro del signo lingüístico que dará así, el predominio del significante sobre el significado. Conociendo que para Ferdinand de saussure es el significado el que tiene predominio en el significante, en su acción de la diferencia entre lenguaje, lengua y habla. Lacan dará el viraje para dar predominio al significante que toma razón en su definición de “imagen acústica”, ahora, el significante será la cara organizadora y permitirá construir la máxima donde se establezca para dar existencia a la noción del sujeto. El sujeto será *“lo que un significante representa para otro significante”* (Lacan, 1966). Es decir que su existencia es en retroacción, para facilitar la retroacción que encarna la vía regresiva ante la progresiva se debe conocer los pasos de objetivación en relación al mundo, los caminos para trabajar son cinco rasgos fundamentales denominados: *“Visibilidad, unidad y fijeza, el olvido de sí mismo, el objeto del deseo, un doble movimiento.”* (Julien, 2002).

Este planteamiento es la vertiente dialéctica de separación e incorporación, de la vía imaginaria a la simbólica, anteriormente trabajada por Freud en el Fort-da, ahora vivenciada en la obtención, la fijación del plano corporal como soporte barestésico, la posible situación del transactivismo, la figuración del deseo por la confrontación con el tercero- acción propia de la dialéctica Hegeliana del Amo y el Esclavo, y por último el doble movimiento que supone un juego de Heráclito en la ensoñación de Schopenhauer, la dialéctica de los puerco espines, la amenaza del otro y la necesidad del otro.

### **2.2.6 La ruptura.**

En 1951 la SPP comienza a criticar las sesiones cortas de Lacan, va contra los principios establecidos donde la sesión estándar es de una hora. Para los demás analistas Lacan va contra los principios, crea una imposibilidad entre lo ortodoxo, la tradición, la dirección de la cura por un ámbito cronológico, Lacan patologiza y se enmarca como la subversión del síntoma instituido.

Dos años más tarde se encuentra Lacan como presidente de la SPP. Elegido por los representantes, tras discusiones con Natch, renunciará junto a sus colegas D.Lagache, FrançoiseDoltó y J.Favez- Boutonier, para adherirse a la Société Française de Psychanalyse (SFP).

### **2.2.7 El discurso de Roma.**

Su presentación a la Sociedad Francesa de Psicoanálisis entra de la mano de su magnánimo discurso de Roma: “*Función de la palabra y campo del lenguaje en psicoanálisis*” (Lacan, 2011). El informe del Congreso de Roma se celebrará en el instituto de psicología de la Universidad de Roma, los días 26 y 27 de septiembre de 1953.

En este discurso ingresa la concepción del campo del lenguaje donde entrará la interrogante sobre si ¿El lenguaje es condición del inconsciente o el inconsciente es la condición del lenguaje?, problema que se debatirá con su compañero Daniel Lagache.

### **2.2.8 Los seminarios.**

En 1953 inicia sus seminarios con un retorno a Freud, sus seminarios no son nominados, tomarán nombre con la recopilación de sus seguidores, analizantes y alumnos posteriormente, ha sido denominado por su yerno Jacques Alain Miller el primer seminario como “*Los escritos técnicos de Freud*” (1953-1054), los seminarios impactarán a los intelectuales próximos, clínicos y no clínicos, entre ellos grandes como Alexandre Koyré (Base científica de las conceptualizaciones), Claude Leví- Strauss ( Antropología), Maurice Merleau-Ponty, el etnólogo Marcel Griaule, Émile Benveniste, posteriormente Louis Althusser, Jacobson, Juan David Nasio, Laplanche, Pedro Oyervide (Tercera generación, analista Cuencano que expande el conocimiento del psicoanálisis en Ecuador) , Vappereau (Estructura matemática y topológica-clínica de nudos).

### **2.2.9 La excomuni3n- Definitiva.**

En 1962 los miembros de SFP quieren ser reconocidos por la IPA. La IPA da el ultimátum, Lacan deja de figurar en la lista de instructores. En el 63 Lacan queda cesante de sus funciones como instructores de la IPA. El salvamento viene dado por el grupo de

Jean Clavreul, donde Lacan en 1964 fundará la Escuela Freudiana de París. Con Louis Althusser de respaldo, Lacan empieza a dar las clases en la escuela Normal superior.

Entre 1963-64, queda inconcluso un seminario magistral que se ubica entre el seminario 10 o de la Angustia y el 11 que son “*Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*”, quedará el breve registro del Seminario del Nombre del Padre (El seminario in-existente).

#### **2.2.10 Escritura y política.**

Entre los trabajos del 53 al 66, Lacan reunirá sus trabajos y presentará su obra titulada “*Escritos*”, obra desarrollada a pulso por él, ésta obra será corregida y revisada por Juan David Nasio y traducida al español por Tomás Segovia. En el 67 introduce el acta de fundación de la escuela y establece el procedimiento del pase. Como figuración de la experiencia y devolución del análisis y una forma de conclusión que presidirá al proceso de la formación del analista.

El pase resulta un concepto enigmático y poco aceptado, que surge con contradicciones, así, en el 69 Lacan es criticado y se dictamina como sujeto no bienvenido en la ENS. Lacan debe mudar su seminario al departamento de psicoanálisis de Vincennes, así con ayuda de Strauss continuará su enseñanza en la Facultad de Derecho del Panteón. En el 74, el departamento de psicoanálisis será renombrado como de “El campo Freudiano”. El 9 de enero de 1980, Lacan anuncia la disolución de la escuela de EFP. El 21 de febrero del mismo año funda la escuela de la Causa Freudiana. Lacan Muere en París un 9 de septiembre de 1981.

Sus elaboraciones tomaron el modelo Socrático de trabajo en los Seminarios y el estilo de la escritura en sus “*Escritos*”, situado como intransmisible e inteligible, fue criticado y leído. Pasó del trabajo de una construcción general a través de todos los años, siendo el salto del imaginario entre el 53 al 64, el paso a lo simbólico y la lógica del significante y la estructuración de la base de la palabra, la incorporación de los grafos, la escritura que precede al nudo que será el matema, la base de la simpleza más sutil y exacta que es la

matemática, pasará a la constitución del discurso en los nexos lógicos de los grafos en la conexión de categoremas y funciones, de la lectura de Frege a la poética del tercer salto, la lectura de lo real como eje desde el seminario XX “Aún”, mostrarán a un Lacan más sólido y complejo, dispuesto a figurar la expresión del psicoanálisis desde un trabajo intelectual imposible de ser abarcado, el espacio más pulcro del bordeamiento del vacío, la lectura del chino y la poética de la mano de Françoise Cheng, la incorporación de la lógica y matemática desde la enseñanza de Jean Michael Vappereau. La extensa biblioteca, Lacan, el lector incansable, de la memoria de Funes y la construcción del imaginario de Carroll, la situación de la causa y el efecto, demostró la estructura unitaria que se muestra en la sentencia del “Inconsciente estructurado como un lenguaje” (Lacan, 2014).

Fue en Caracas, donde dio su último seminario y donde dijo a sus Lectores de Latinoamericanos: que sus tres no son los de Freud; mis tres son: lo imaginario. Lo simbólico y lo real. Estos registros permitieron organizar los conceptos freudianos; hasta que construye sus propios conceptos como el objeto a, el sujeto tachado.etc.

### **2.3Que es la Urgencia**

Para delimitar el concepto de la urgencia en el modelo de la intervención clínica se debe especificar brevemente en que consiste lo que denominamos clínica.

Clínica viene del griego klinos que significa inicialmente inclinarse hacia el paciente, toma forma desde el modelo hipocrático, con su máxima sobre el tratamiento y se establece en tres principios que son : curar – aliviar-consolar, inicialmente esta clínica aunque no toma oído al paciente, lo intervine desde un lado humano, situado como un objeto con derecho a la queja, muchos años más tarde, la clínica psiquiátrica tomara forma y criterio con el modelo diagnostico que inicia con la clínica de Pinel, que da la forma de la asignación de signos y síntomas en las especificaciones del tratamiento.

Ante una distorsión de la clínica objetiva que va predominar el criterio diagnóstico en 1985 de la mano de Charcot, Breur, Freud pasaran a una clínica de la escucha.

Entonces para hablar de la urgencia se debe delimitar la noción: la urgencia en psicoanálisis refiere a la situación en la que el paciente se encuentra en una imposibilidad dialéctica precedida en una situación de angustia que lo estableció en inhibición, en un espasmo o una catatonia y la intervención sobre esta escena será en el hecho que el analista, logre crear un nexo entre los significantes que se encuentran bloqueados o en dificultad de advenir por el propio hecho traumático que está latente.

La urgencia es una ruptura dialéctica y lo que predomina es el efecto de lo real que subvierte al sujeto incapacitándolo de si quiera evocar un artificio de palabra.

Es necesario conocer la particularidad de la época y su relación con la clínica actual. En tanto el marco conceptual que orienta nuestra práctica clínica es el psicoanálisis, será necesario puntualizar, desde esta perspectiva el concepto de urgencia.

Lacan refiriéndose a la urgencia decía que la misma “*es lo imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte.*” (Leguil, 1987), Si bien la clínica es variada, es necesario ubicar que ocurre en cada sujeto con el padecimiento excesivo imposible de soportar, característico de la urgencia.

Las inhibiciones, las crisis de abstinencias, hábitos de consumo compulsivos, el discurso capitalista con su imperativo de consumo de objetos, producen fracturas, las cuales conducen a los sujetos a realizar actos desesperados que en muchas ocasiones podrían poner en riesgo su vida, suelen ser las modalidades de respuesta de los sujetos actuales.

En la actualidad el practicante del psicoanálisis que se encuentra en una institución de salud o educativa, se encuentra atravesado por la urgencia, debido al imperativo de respuestas rápidas que se imponen desde el discurso de la salud mental, otro aspecto de singular notabilidad será la relación particular entre la urgencia y la temporalidad. Es usual el pedido a los profesionales de concluir con prisa los tratamientos, demanda que proviene algunas ocasiones por el paciente y por el otro: la familia, las fiscalías, otras instituciones del estado.

La época exige diariamente eficacia, son tiempos en lo que los resultados se transforman en una meta y también en datos estadísticos para la burocracia del estado y así las instituciones entran en un delirio kafkiano, es decir saturado con el interminable papeleo, y un laberinto de burocracia.

Actualmente los temas de la urgencia subjetiva, el riesgo, la inseguridad del individuo, han cobrado un nuevo estatuto en la subjetividad contemporánea.

Inés Sotelo(2015) parafraseando a Eric Laurent en el texto los hijos del trauma ha afirmado que nos encontramos en la época del trauma generalizado, la cual tiene que ver con un traumatismo en el nivel de lo colectivo y en lo singular, en el cual se halla una imposibilidad del discurso, citando a Miller : *“se produce un traumatismo cuando un hecho entra en oposición con un dicho esencial en la vida del paciente, cuando hay una contradicción entre el hecho y el dicho”*(Miller J. A., 2005).

Esta generalización ha tenido vigencia por el DSM-IV la cual difunde con el llamado “trastorno” a diferentes hechos como la angustia, ansiedad, consumo de tóxicos, es a partir de estas nuevas formas clínicas, “angustia”, “ataque de pánico” o Trastorno de estrés post-traumático, que la urgencia quedó concebida como una práctica que abarca las ahora llamadas “urgencias subjetivas” tal como son los episodios de crisis, así como aspectos de la tradicional emergencia psiquiátrica.

El sufrimiento subjetivo se encuentra en correspondencia con un nuevo régimen social, producto de un mundo transformado por la ciencia y la globalización económica.

La urgencia subjetiva actual nos ha llevado a reconsiderar los *standards* tanto desde sus categorías clínicas, como desde los dispositivos. Debemos entonces plantearnos si es posible seguir pensando tanto a la sociedad como a la institución como un todo global. Desde el Psicoanálisis el planteamiento es interrogar este nuevo orden social.

El objetivo de la urgencia es brindar un lugar de alojamiento de un punto de quiebre del sujeto hasta que logre responsabilizarse de aquello que le acontece, Sotelo citando a Laurent dice:

Allí donde hubo ruptura, allí donde hubo fractura, allí donde la letra inscribió el litoral, el borde de todo saber posible, se puede hacer surgir un vacío medio actuante, una posibilidad de mantener junto lo que no se mantiene junto el hablar y el hacer (Sotelo, 2015, p.147).

En muchas ocasiones el encuentro de un paciente en un estado de urgencia con un practicante del psicoanálisis causa un efecto terapéutico, el cual se ofrece para que el paciente ponga a decir su sufrimiento, para que ubique un sentido particular a eso que aparece sin sentido, debido que es a través del espacio de palabra que el sufrimiento del paciente se acote, como diría Gorostiza: *“allí donde otras prácticas profundizan la victimización del paciente, el psicoanálisis apela a la aparición de una subjetividad responsable”*(Gorostiza, 2007, p.11), es por eso que en la urgencia subjetiva se puede verificar la eficacia de los efectos analíticos, calmando los estados de angustia y dando una pausa a los pasajes al acto.

En la urgencia subjetiva el practicante de psicoanálisis trabaja a partir de una invención particular, no se rige a protocolos, es un no a protocolos establecidos, es un sin-estándar de la práctica Lacaniana, pero no sin principios.

La urgencia como punto de ruptura que está ligado a lo traumático y la función del practicante de psicoanálisis es la de ser editor de los textos que verbaliza el paciente, ese acogimiento del goce de la letra, citando a Sotelo: *“La letra es una huella que no engalla, un puro trazo que opera sin facilitación”* (Sotelo, 2015, p146), es decir el practicante del psicoanálisis tiene la tarea de buscar a partir de esa letra nuevos recursos para responder a las transformaciones que lo nuevo va produciendo, que sustituya el sentimiento de ser víctima de sus síntomas, de su angustia, ansiedad, de la rumiación de pensamientos, por un apropiarse de ellos y que vínculo tiene con su historia.

Inés Sotelo da una definición de la urgencia y dice: *“la urgencia se trata de un punto de partida que es anterior al establecimiento del significante de la transferencia en su relación con el significante cualquiera”* (Sotelo, 2015, p. 147).

Es decir, la urgencia como manifestación clínica que responde a lo imposible de programar, esos ideales que fracasan, imaginarios de seguridad que conviertan lo precario de un sujeto que está en ese momento en una situación de tránsito, en una patología. Los ataques de pánico no son otra cosa que la incapacidad de significar la angustia.

La clínica de las urgencias subjetivas como una respuesta a los fenómenos de lo que podríamos llamar la generalización del trauma, trauma y traumatismo fueron utilizados desde el discurso médico desde los griegos el cual proviene de allí y significa herida.

El objetivo es transformar la urgencia generalizada a una urgencia subjetiva, no solo depende de que se haga carne en un paciente, hace falta el sujeto, que se produzca un sujeto, que se implique en su sufrimiento, produciendo una nueva lectura del mismo, abrir un espacio a la dimensión subjetiva y que el paciente no sea ubicado como objeto.

Y una intervención posible desde el psicoanálisis es permitir una articulación de la demanda, que esa necesidad se convierta en un llamado, para que algo del goce se anule y esto es a partir de la demanda, es un cambio del goce por el significante, es hacer hablar en ese momento de urgencia, debido a que hay una ruptura en el discurso normal, el sujeto en este momento está desarticulado de la cadena significante, y hacerlo que hable sobre eso, permite que el sujeto no se coagule en un síntoma.

#### **2.4.-Transferencia**

En psicoanálisis se emplea el término transferencia para indicar la relación establecida durante la actividad analítica entre el sujeto y el analista.

Freud en 1917, detalla una de las características esenciales de la terapia psicoanalítica, de manera que aclara que hablar sobre la experiencia psicoanalítica como tal no es decirle

al futuro analista como realizar sus intervenciones, sino más vale tener en cuenta que la terapia psicoanalítica no se trata de brindar consejos y guías de vida para el analizante; es el sujeto mismo que mediante su análisis podrá tomar sus decisiones de manera autónoma, dejando por consiguiente al psicoanalista fuera de la posición de mentor.

Por lo tanto, la posición del analista sería la de un observador que permita al sujeto ir descubriendo su propia verdad a través de la terapia analítica, desenredando las represiones que se han forjado desde su infancia y posteriormente mediante el acto analítico estas se vuelvan conscientes; sin embargo Freud detalla que en el acto terapéutico no basta con que el analista revele los contenidos inconscientes al sujeto ya que de ser así estos descubrimientos no surtirían el efecto deseado en la terapia, de forma que será el analista una representación de las represiones del sujeto para que este último pueda advenir consciente los contenidos inconscientes.

Es entonces cuando se abre este espacio para entregarle ciertos contenidos al sujeto analizante, que empezaremos a hablar de transferencia como tal en la terapia psicoanalítica, ya que es esta la que posibilita la relación efectiva del analista y el sujeto, mediante la cual se coloca sobre la figura del analista un supuesto saber sobre el porqué de los sucesos de la vida del sujeto; si bien es cierto al comienzo se enuncia que es el mismo sujeto que debe generar conocimientos autónomos, es necesario en primera instancia que exista un sentimiento del paciente hacia el analista de forma que sea mediante este que se posibilite el desarrollo del acto analítico como tal.

Cabe recalcar que este afecto que adviene sobre la figura del analista puede presentarse en dos vías, sean estas cuando el sentimiento está del lado del amor o si están del lado de la hostilidad, sin embargo serán consideradas positivas o negativas en relación a la posibilidad que estos afectos brinden al desarrollo del tratamiento terapéutico; es decir no supondremos que por adjudicarle a la figura del analista un afecto asociado al amor se hablará por consiguiente de transferencia positiva, o por el lado de la hostilidad una transferencia negativa, sin importar el afecto asociado a la figura del analista la

transferencia será positiva siempre y cuando permita al sujeto emplearla para viabilizar el tratamiento psicoanalítico.

La transferencia como concepto, es uno de los más relevantes en cuestión del dispositivo analítico para lograr avances en la terapia con dicha orientación, por lo cual ha sido trabajado por varios analistas a lo largo del tiempo; por lo tanto, es un concepto que ha manifestado variantes sin dejar de tener sus inicios en lo expuesto anteriormente por Freud.

A comienzos del siglo XXI, (Miller J. A., 2001) menciona que la transferencia como tal no es un concepto de la invención de Freud, sino más vale es una representación del acto clínico en el cual el sujeto del inconsciente supone sobre el analista un saber en relación a la represión que de cierta forma ha intervenido en las vivencias del sujeto a lo largo de su historia.

Es entonces que a partir de aquí se plantea a la transferencia a manera de traslado, debido a que lo que posibilita es convertir los contenidos del inconsciente a conscientes; es decir es mediante la transferencia establecida del sujeto sobre el supuesto saber del analista que se posibilita el acto analítico, en el cual se logra pasar del no saber del sujeto sobre su propia verdad a un saber advenido mediante la figura del analista.

La palabra transferencia, es introducida por Freud en estudios sobre la histeria, Ahí no define la transferencia como disponibilidad sino como obstáculo. Transfieren representaciones displicentes al análisis. Son construcciones propias para no querer saber.

Y Miller lo explica diciendo que la transferencia emergió como una sorpresa en la experiencia analítica y lo cito: *“para Freud la experiencia psicoanalítica era una experiencia de saber y la aparición del fenómeno transferencial le pareció rara al principio, más bien la considero un obstáculo a la seriedad de la investigación”* (Miller J. A., 1999, p. 14).

Podemos decir que la transferencia no es un método, la transferencia es una experiencia y cuando se trata de la experiencia en la práctica clínica, la transferencia permite ver cuál es el lugar del analista y cuál es la posición del analizante. Desde donde el analizante habla.

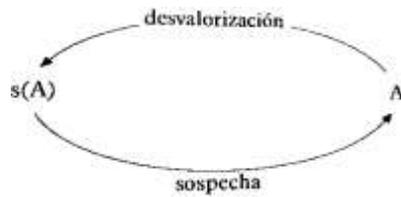
(Gallo, 2017) En la maestría de psicoanálisis y educación explica que la transferencia surgirá en la medida en que un sujeto tenga la posibilidad real y cuente con la condición psíquica necesaria para dirigirse a Otro, surgirá la transferencia. De la cual depende de una disponibilidad de la libido, de una libido dispuesta.

Ese es el principio, que ha sido fijada, la libido, a imágenes infantiles. Dado que por fuera de la palabra, no hay análisis posible, y que la transferencia requiere del encuentro frente a frente, ambas experiencias son inseparables la una de la otra. Y de lo que se trata es del saber sobre sí mismo.

La tesis de Freud es que si no se suscita el fenómeno de la transferencia, no hay análisis posible, para que se disponga a trabajar en función del saber sobre sí mismo, debe haber transferencia.

Lacan consideraba la transferencia como efecto del dispositivo de la cura y es necesario pensar la transferencia como resistencia, debido a que la resistencia es producida por la *“contra investidura que se erigió para reprimir la moción chocante”* (Freud, 2007, p.397), es decir brota de la represión, y esta resistencia se exterioriza por el amor de transferencia y esto cristaliza una transferencia positiva.

Pero también puede surgir el odio de transferencia, que también podemos llamar una transferencia negativa, la cual tiene que ver cuando aparece una de suposición de saber, es decir una sospecha que ese otro no sabe, Miller lo explica con el siguiente Grafo:



*Y cito a Miller:*

La sospecha entonces es un grado inferior de saber, es un saber no demostrable porque no se dispone de pruebas, y es tanto más insistente por ese motivo. Cuando se dispone de pruebas se puede cerrar el asunto; la sospecha, por el contrario, deja un margen abierto. (Miller J. A., 1999, p. 15).

Se observa la sospecha como un grado mínimo de conocimiento, aunque es también una creencia que nace con la desconfianza, es decir no hay para el analizante un sujeto supuesto saber hacia el analista, no hay como se conoce en la filosofía la noción de agalma, es importante recordar que un paciente entra en un análisis por dos vías: la del agalma o la del desecho, estas dos entradas puede ser vistas como dos grandes pasiones: amor y odio, esta disimetría de amor y odio, la primera va dirigida a la imagen y la segunda al ser.

Según (Dessal, 1999) Para Freud la transferencia positiva es la que juega a favor del desciframiento del inconsciente y cito:

Cuando la transferencia interrumpe la corriente que va a favor del desciframiento del inconsciente ya no es exactamente transferencia positiva, puede convertirse en transferencia erótica u hostil. O sea, que bajo la rúbrica de transferencia negativa también podemos encontrar fenómenos que no se circunscriben estrictamente a la hostilidad, agresividad, y el odio.(Dessal, 1999), Dessal esclarece que habría otra dimensión del significante de la transferencia, que tiene una vertiente pulsional y que se situarían la agresividad y el odio y se enlazan lo pulsional en lo erógeno.

Para finalizar sobre la transferencia negativa (Miller J. A., 1999) dice que en la transferencia negativa existe la desconfianza, pero esta no impide el establecimiento de la

transferencia y el tratamiento “*para desconfiar de alguien hay que esperar algo de él*”(Miller J. A., 1999), el analista no puede hacer nada con la realidad del paciente, lo que sí puede hacer es permitirle una resignificación del destino de su vida, la transferencia negativa es sinónimo de cierre de la vertiente epistémica de transferencia, “*efectivamente se puede considerar que la cristalización última de la transferencia negativa sea el actingout de la interrupción de la cura*”(Miller J. A., 1999).

Para precisar que es la transferencia en psicoanálisis citare a Nasioel cual dice: “*es el momento particular de la relación analítica en el cual el analista forma parte del síntoma del paciente. Esto es lo que lacan denomina Sujeto Supuesto Saber*” (Nasio, 1998); lo que significa que el analista, en un primer momento ocupa el lugar del destinatario del síntoma; luego, más allá, el de su causa.

Goldin(2017) enuncia que el concepto de transferencia está ligado a la noción de inconsciente de tal forma que se cumple la premisa aquello que no es recordado se vuelve repetitivo en la conducta, y es esta repetición que posibilita la transferencia en el acto analítico.

De forma tal que es mediante la transferencia que se instaura el sujeto supuesto saber sobre la figura del analista, sin embargo es la transferencia que a la vez que cierra paso al inconsciente, hace posible el acto analítico, al posibilitar las devoluciones del analista sobre un supuesto saber en relación con la verdad del sujeto, siendo esto último lo que surte efectos terapéuticos.

(Briole, 2016) Dice que: “*la transferencia no se sostiene por fidelidad a su analista, sino por una relación con la verdad que pasa por el bien decir*”.

Así como también se le adjudica la carga afectiva presente en la transferencia, referida en la experiencia freudiana que esta relación sujeto-analista está marcada en una primera instancia por el amor, para posteriormente tomar diversas formas sobre la figura del analista, las cuales serán positivas siempre y cuando posibiliten el advenimiento del saber autónomo del sujeto sobre sus vivencias y decisiones.

Es importante tomar la transferencia en sus 3 vertientes imaginaria, simbólica y real, la cual se explicaran de la siguiente manera:

La transferencia imaginaria tiene que ver con ese rasgo del analista, que es agalmático para el paciente, y es por eso que lo escoge, puede ser, desde su forma de hablar, vestir, y está relacionado con el objeto y el amor.

La transferencia simbólica tienen un punto en Lacan cuando toma las astas a la transferencia y localiza al SSS (sujeto-supuesto-saber), como fundamento y lo menciona en el seminario XI: *“no obstante, precisamos progresar, en lo referente a lo debatido, a saber, la transferencia ¿cómo reanudaremos su temática? La transferencia es impensable, si no se toma su inicio en el sujeto-supuesto-saber”* (Lacan, 1991), es decir que se le supone un saber, y es el deseo que transporta esa significación y la dirige al analista, el analista es objeto investido en la operación analítica, el analista toma el lugar del Otro de la demanda, esta vertiente de transferencia simbólica puede estar relacionada con el fort-da.

La transferencia real tiene que ver con dejar caer ese semblante del SSS (sujeto-supuesto-saber) en el analista, y está más del lado de la falta de saber y se la puede relacionar con la Cosa, es en este momento donde el analista demuestra a partir de la caída del SSS su función y se devela lo que el analista había debido sostener en su trayecto; parafraseando a (Sinatra, 2017) el cual cita a Lacan dice lo siguiente:

El que fantasmáticamente con el psicoanalizante juega la partida respecto al supuesto saber, a saber, el analista; es éste, el analista el que llega al término del análisis a soportar el no ser más nada que ese objeto resto, ese resto de la cosa sabida que se llama objeto (a) (Lacan, 1967).

Es decir en este momento el analista es el resto de la cosa, que deviene al final, resto de la cosa sabida. La transferencia imaginaria, no es sin la transferencia simbólica, y sin la real, pero la verdadera transferencia como lo explica (Nasio, 1987) no son ninguna de las 3, la verdadera transferencia, es la transferencia del inconsciente, debido a que es la que establece la forma en que se muestran cada una de ellas, la transferencia es articulado con la pulsión, la repetición y el inconsciente.

## 2.5 Del Trastorno al síntoma

El síntoma en la práctica psicoanalítica tiene un lugar preponderante según la singularidad de cada sujeto. Muchas veces resulta enigmático para los adultos los modos de sufrimiento del niño, su comportamiento en distintos ámbitos, lo cual lleva, a los adultos, a clasificarlos, es decir ponerles una etiqueta para nombrar dolencias y comportamientos. La sociedad actual pone nombres distintos, significantes, nuevos nombres remplazan lo que se conocía en épocas atrás. Estas etiquetas aparecen para operar como nuevos modos de nombrar lo real en la época del Otro que no existe.

Esto se puede notar con claridad a partir del auge de la neurociencia, teoría de orden determinista en la cual se han instalado una serie de medicamentos como el ritalin para los niños y para adultos ciertos tipos de medicamentos psiquiátricos, como modos en los que la ciencia dejar a un lado el síntoma, un síntoma que, desde la enseñanza de Lacan, llama a ser leído como una letra.

Entonces se puede entender que hoy, a los niños, adolescentes, adultos, se los clasifica según su comportamiento, siguiendo un check que borra lo singular. Algunos casos suelen ser medicados y estos medicamentos como explica (Braustein, 2013) “*se le impone al enfermo o no como un acto de autoridad*” y lo hacen para que no muestren esos síntomas, pero esos síntomas están teniendo alguna función, están dando un mensaje al sujeto. Desde la orientación por lo real se trata de una perspectiva que se oriente por lo Uno.

Y es a partir de esto que el psicoanálisis abre un espacio para reflexionar sobre la importancia de rescatar la noción de singularidad y lograr comprender aquello que causa malestar en un sujeto. Dar lugar a la singularidad de cada niño, cada adolescente, adulto mayor. No es otra cosa que acogerlo desde otra mirada por fuera del discurso de la ciencia médica, impidiendo que lo real se coagule en un rotulado, puesto que la singularidad involucra la concepción de lo que se conoce como síntoma, lo singular no es otra cosa sino lo que Freud llamó realidad subjetiva.

Se sabe que la posmodernidad a partir del DSM el cual fue pensando como un sistema clasificatorio el cual prescinde del síntoma para evaluar exclusivamente el trastorno, solicita etiquetas para clasificar y es allí que el psicoanálisis enseña a ubicar como el sujeto no se pliega a la etiqueta o clasificación, el psicoanálisis trata al síntoma no como una desviación que hay que reducir con la norma social sino como lo indica Eric Laurent: *“el síntoma como algo muy autentico y singular que da cuenta de la cojera fundamental del sujeto en tanto ser sexuado”*(Laurent, 2014). Es decir el síntoma puede hacer frente a los procedimientos administrativos porque el síntoma es lo más singular que el sujeto posee.

El psicoanálisis según (Laurent, 2014) desarrolla una clínica de lo singular, una clínica fundada en el síntoma y no en el trastorno que hay que generalizar y adaptar.

Como se sabe desde Heidegger el sujeto quiere dejar una huella en el mundo y el psicoanálisis sería algo muy parecido, puesto que el sujeto quiere inscribir algo de una particularidad de su ser en el mundo, lo cual elabora un numero de respuestas y eso lleva a decir que el síntoma es una respuesta. El síntoma es el partenaire del sujeto donde algo de la pulsión se satisface por fuera de la labor defensiva, el psicoanálisis es una práctica que apunta a la desidentificación y que, por tanto, disuelve los criterios ideales de normalidad.

Estela Solano, parafraseando a Freud, dice lo siguiente: *"Los síntomas son como nudos de palabras cuyo sentido evidentemente no es accesible de forma directa, pero que en una experiencia analítica se trata de desatarlos y acceder al sentido inconsciente del síntoma."*(Solano, 1998, p. 55). Esto no es otra cosa, sino que la fina sutileza de orientar una práctica vía la letra como acontecimiento de cuerpo.

La clínica con niños, adolescentes, adultos es una clínica que se sostiene en un acompañamiento soportado por el deseo del analista, de ahí que resulte fundamental la presencia física del analista, el cual toma lo singular de ese paciente para que a partir de esto pueda lograr otros modos, sus propios modos, de arreglárselas con lo real, como lo enseña (Laurent, 2014) hacerse partenaire del sujeto recibirá de este los significantes que lo representen, así como también los signos de su goce.

Entonces cuando un sujeto presenta ciertos síntomas se puede pensar que ese síntoma es una respuesta, el síntoma como verdad, desde Freud el síntoma es visto como modo de satisfacción de la pulsión y desde Lacan como modo de goce.

El síntoma sería como un funcionamiento nodal en la economía psíquica, es decir el síntoma sostiene al sujeto, como menciona Jacques Alain Miller: *"el síntoma es la conexión entre el significante y el cuerpo"*(Miller J. A., 1998, p. 54).

Es decir que el síntoma es algo real y por eso es necesario esperar, y no interesarse directamente por el síntoma, por el "furor curandis" como respuesta al discurso del amo. Se trata de un abordaje para el sujeto, con el sujeto, es por ello que al síntoma no hay que arremeterlo de frente, el síntoma es una señal de que algo no anda bien como dice la psicoanalista Annie Cordie: *"el síntoma es una de las formaciones del inconsciente"*(Cordie, 1994, p. 63).

En la clínica con niños se puede evidenciar que cuando el niño presenta un síntoma hay que pensar que ese síntoma está representado la verdad de la pareja parental, Lacan lo dice en sus "dos notas sobre el niño", es decir como el niño responde sintomáticamente sobre una verdad que se juega en otro lado. Decir que el síntoma del niño es el síntoma de la pareja parental es comprender que el síntoma del niño se sitúa, como respuesta, a suplir lo real de la no relación sexual entre los padres, llega ahí donde algo no marcha. Esto quiere decir que el inconsciente se expresa mediante el síntoma, un síntoma que se repite y que itera, no cesa de no escribirse, el síntoma resiste, refuta, el síntoma tiene un pie en el Otro. Lacan dedica dos seminarios el 5 y 6 a pensar un grafo llamado el grafo del deseo.

Parafraseando a (Ramirez, 2016) en la maestría en psicoanálisis y educación dice que:

Cuando el animal tiene sed, bebe agua del primer charco que encuentra y sacia su instinto de satisfacción. Pero los humanos se encuentran con un vector llamado cadena significativa. El lenguaje. Es decir que nos topamos, con esa cadena significativa, con el lugar del Otro, el lugar del código. Con el universo simbólico, eso es el Otro. Entonces ya no se bebe agua de un charco, sino que se dice "tengo sed". La intención de lenguaje

se transforma en necesidad de satisfacción...el lenguaje transforma la necesidad en demanda. Siempre que hablamos, demandamos. (Ramirez, 2016).

(Ramirez, 2016) Explica que el síntoma tiene un pie en el Otro el cual es por el baño significante, que se abrocha el nombre propio a la “bola de carne”. Universo simbólico, cayó inmerso en la bañera significante, se encontró con un otro.

El síntoma es una respuesta al hecho de ser hablado (o no hablado) por ese Otro. Respondemos a esto, dando un significado, y esto tiene dos vertientes, es del Otro y es propio. El síntoma es un significado a algo que le vino del Otro. Es la salida. La primera parte de la formula.

Detrás de todo síntoma hay un fantasma. ( $\$ \langle \rangle a$ ): Fantasma es un matema. Y tiene la misma intención del mi tema. Reducir el gran relato a una formula mínima. (Objeto: sobre quien recae la acción). La clave del Fantasma está en el losange ( $\langle \rangle$ ).

Losange: es el ejemplo clásico freudiano, Freud se da se da cuenta que las personas que van manifestando su problemática no lo hacen muertos de la risa en la primera sesión, sino con dificultad y muchos decían que tenían una fantasía en la cual Freud escribe pegan a un niño; Pegar a un niño significa que hay un agente (padre) que ejerce una acción (pegar) sobre un objeto (niño). Es una lógica que va cambiando.

Estas manifestaciones que producía mucha vergüenza confesar. El fantasma no es un dato con el que se entra a un análisis, Uno entra con el síntoma (lo que molesta, lo que no funciona). Como ya el analista sabe que detrás de cada síntoma hay un fantasma, él va a buscar el fantasma que causa el síntoma.

Esto se puede entender con el caso Dora, en el cual aparece el síntoma de la toz expresa el fantasma por el cual en Dora la pregunta de lo femenino se responde “ser chupado”, la fantasmática o la fantasía que Freud encuentra, es una fantasía de sexo oral no de cunnilingus, esto Lacan lo corrige en su seminario de la transferencia, es el padre que

chupa y Dora se encuentra identificada ahí, el fantasma le presta una base identificadora, Dora identificada con su padre en el fantasma, está el goce auto erótico y Dora se encuentra situado en la satisfacción en el chupeteo, la autosatisfacción, está el goce pulsional, que es la base que va a dar cuenta del cosquilleo en la garganta, la cual tiene un base infantil, Dora desencadena su neurosis cuando el señor k, dice que para él no significa nada la señora k.

Es por esto que es importante en un análisis que una neurosis, para que sea tomada por un dispositivo analítico, es preciso que este desencadenada, es preciso que la neurosis se desencadene y que el síntoma como explica (Schejtman, 2017) no sea un síntoma soportado fantasmáticamente, soportado por las identificaciones, porque en ese caso, es un síntoma que salvaguarda el adormecimiento y eso sería un *sinthome* que encadena, está en el nivel en lo que se podría llamar en *histeria* síntoma defensivo primario.

Lacan en sus enseñanza va haciendo modificaciones las cuales tienen dos tiempos un primer Lacan y un segundo Lacan, el primer Lacan es de los años 50 señala la dimensión simbólica del síntoma, en este momento como lo enseña (Schejtman, 2012) el síntoma se suma al sueño, al chiste, al lapsus, actos fallidos, a los fenómenos del retorno de lo reprimido, en este momento es un síntoma metáfora.

El psicoanalista Schejtman citando a Lacan dice que: “*el significante de un significado reprimido de la conciencia del sujeto*” (Lacan, 1953), se trata de un significante reprimido por la conciencia del sujeto, del que el síntoma es su significante. Schejtman en el 2012 en sus clases de psicopatología dice que esto es una perspectiva freudiana clásica, porque el síntoma supone un sentido.

En el segundo Lacan esto se modifica podemos leer una nueva versión del síntoma, ahora ya no es un síntoma metáfora que tiene sentido, sino, un síntoma-letra en el que acentuamos sus efectos de goce, es decir el síntoma como lo explica Schejtman en el 2017 en su cátedra de psicopatología en la facultad de Buenos Aires, no es como el *acting out* que es un llamado al Otro, el síntoma no es lo que muestra al Otro, el síntoma es

goce, un goce revestido, un síntoma que viene de lo real, que supone un avance de lo real sobre lo simbólico.

No obstante Lacan define al síntoma en su conferencia la tercera, la cual lleva ese nombre, debido que es la tercera vez que Lacan va a roma a dar conferencias, la primera vez va en 1953, la segunda vez en 1967, y su tercera vez en 1974, en este momento Lacan define al síntoma en su conferencia La tercera: *“Llamo síntoma a lo que viene de lo real. Esto significa que se presenta como un pececito cuya boca solo se cierra si le dan de comer sentido”* (Lacan, 1988, p. 84); Es decir no se trata de darle de comer sentido al síntoma, de lo que se trata es de vaciar al síntoma de sentido.

En este momento de la enseñanza de Lacan el síntoma no se ubica entre lo simbólico y lo imaginario, se ubica más bien entre lo simbólico y lo real, tiene función de letra, por lo cual el síntoma no se da a interpretar al Otro, se da a leer y cito: *“Una letra no pide ser interpretada, pide ser leída, la letra no está para ser comprendida, sino para ser leída”*(Bassols, 2003, pág. 89).

Es decir que esa letra, se trata del S1 solo, podríamos decir un S1 autista, un uno que se aísla, parafraseando a (Schejtman, 2012) dice que de lo que se trata es de un S1 que se extrae del inconsciente, volviéndose letra del síntoma, un S1 extirpado de lo simbólico, que se traslada a lo real, la letra del síntoma admite una fijación de goce, la cual es producto de la repetición, en esta enseñanza de Lacan; afirma (Schejtman, 2012) el síntoma se separa de los lapsus, del acto fallido, el chiste, es decir se aparta de la serie de formaciones del inconsciente.

## Capítulo III

### 3.1 El deseo del analista y sus intervenciones en la salud mental

La práctica analítica se articula entre la clínica y la teoría debido a que se enlazan e interrogan día a día, el practicante del psicoanálisis lacaniano está convocado a sostener su práctica con mucho rigor ético, pero como nunca, sin estándares, es ir más allá de la apariencia fenomenológica.

El analista se ofrece para que el paciente (analizante) ponga a decir su sufrimiento en un sentido particular, único, no a partir de rutas de atención, protocolos, planes terapéuticos, es decir no hay programas preestablecidos para todos los sujetos que presentan un síntoma, es todo lo contrario, de lo que se trata es de una invención particular la cual posibilitara que el paciente despliegue su padecimiento.

Un psicoanálisis apunta a que un sujeto se comprometa a sus palabras, a sus dichos, a sus síntomas para poder aislar la singularidad, el detalle, o como diría (Milller, 2016) esos “divinos detalles”, el síntoma sirve como brújula que orienta para ubicar ese goce del sujeto, cada uno en su goce es un ser irrepetible y único.

El analista se ve confrontado constantemente con el interrogante acerca de su quehacer en las instituciones de salud, la cual es ofrecer un dialogo posible entre salud mental y psicoanálisis.

Hay un lugar para el psicoanálisis en las instituciones de salud, porque lo que introduce el analista en los contextos institucionales es la perspectiva del goce, si hay desde la orientación Lacaniana que se trae a estas instituciones es la concepción del goce de individuo.

La posición del analista propiamente analítico se define por estar en relación al goce y si toman esa perspectiva “hay goce” lo que se hace es analítico y esa es la definición sintomática, vamos hacer psicoanálisis en instituciones públicas, privadas, dominadas por el ideal de salud mental o por ideales de protección a la infancia, protecciones feministas,

siempre y cuando más allá de todo eso hay pulsión, hay goce y hay que ver como intervenimos para responder de algún modo u ofrecerle al sujeto que hacer con el goce .

Toda practica analítica implica una orientación ética, la cual está sometida por principios, es decir como darle una intervención analítica a esos casos que vienen desde la institución por una causa judicial y darle una escucha de un sujeto deseante, dar ese cambio es hablar de clínica analítica, debido a que la práctica analítica en instituciones de salud no responden al amo que solicita por tal o cual evaluación.

No obstante lo que se trata es de una posición que subvierte la del amo, un ejemplo sería cuando en las instituciones de salud constantemente piden valoraciones psicológicas de un paciente, el analista no responde con el protocolo, sino dando la escucha de un sujeto *“no siempre lo que resulta beneficioso para la institución lo es para el sujeto que requiere la consulta”* (Greiser, 2012, p. 15).

Es decir el analista en instituciones interviene no por una causa jurídica, sino más bien sobre un sujeto particular, parafraseando a(Greiser, 2012)lo que se hacees *“trasformar esa causa jurídica en la escucha del sujeto”*(p. 15), y en ese momento puede hablarse de una clínica analítica en instituciones de salud.

La intervención de un analista no puede ser evaluada mediante datos estadísticos o tampoco para lograr evitar que un sujeto tenga reincidencia en sus actos delictivos o de una recaída en consumo de sustancia psicoactivas, si va por ese camino, no es analítico, debido que ese furor curandis que habla Freud no es una brújula para el psicoanálisis.

La intervención de un analista no se evalúa en función de lo que la institución pide, como por ejemplo que un adolescente infractor deje de robar, o un adolescente que tiene un consumo problemático con las drogas deje de consumir, que un sujeto violentador deje de ser violento, porque esa vía es la de la eliminación del síntoma y un análisis no va por la eliminación de un síntoma, porque el síntoma es la herramienta de trabajo del analista.

Los practicantes del psicoanálisis en instituciones de salud en el Ecuador se ven enfrentado a un imperativo proveniente de la institución, piden la meta de gestión de algo programado.

Para entender dicha exigencia, el analista debe ocupar un rol tan relevante en la institucionalidad, el analista que se encuentra inserto en los proyectos del sector público no responda solo a la solicitud de ayuda, sino que debe producir instalar una demanda desde la contingencia institucional, arreglárselas con la solicitud que la institución le destina para poder intervenir con quien ha sido escogido como objeto de ayuda y cito a (Lacan, 2014) *“solo es factible entrometerse en lo político si se reconoce que no hay discurso, y no solo analítico, que sea del goce, al menos cuando de él se espera el trabajo de la verdad”*.

Parafraseando a (Lacan, 2007) el psicoanálisis es ante todo una experiencia ética, han cambiado sus formas, sus conceptualizaciones, sus desarrollos y se renuevan en cada experiencia que suponemos más allá de la perspectiva terapéutica, más allá de la ética del bien decir es lo que anima al deseo del analista, ese deseo que siempre fracasa cuando se intenta atrapar. No obstante el deseo de querer ser analista no es idéntico a deseo del analista y cito: *“el analizante que devino analista, lo ha sido por su acto, como actualización de ese deseo. Pero solo será analista cuando su deseo haya producido otro analista”* (Pedro Oyervide, 1996, p. 55).

El analizante lo es por su querer, querer ser analizado, volición contestada cuando ésta toca el fondo de su deseo, de su deseo de no querer saber. Allí deviene psicoanalista. El deseo de querer ser analista no es idéntico al deseo del analista. El analizante que devino analista, lo ha sido por su acto, como actualización de ese deseo. Pero solo será analista cuando su deseo haya producido otro analista. (Pedro Oyervide, 1996, p. 52-53).

Es decir se es padre cuando el hijo logra transmitir la función paterna. Ese acto al que se referiré Ollervides en esas dos citas, es del deseo del analista y no del deseo de querer ser analista. El deseo de analista es el deseo de que haya análisis, que este se sostenga; precisamente de eso se sostiene la función llamada analista.

Citando a (Greiser, 2012) *“los pasajes al acto delictivos dan cuenta de una repetición, en la cual el sujeto no encuentra un anudamiento que regule ese imperativo de goce imposible de frenar”* (p. 19).

Es decir actualmente hay una clínica en la que el sujeto se presentan como resto, que no poseen brillo fálico, no obtienen un valor fálico para la madre, sino tienen un valor de desecho para la madre, son sujeto en posición de objeto a, son sujetos que quedan restado en su deseo, son bienes en el mercado de la droga, en los delitos.

Esto se puede observar en la clínica con privados de la libertad en las cuales en su discurso se presentan como desecho del otro, generan destrozos, constantemente piden una y otra cosa hasta ser golpeados por guías o policías, un analista responde no al discurso del amo que pide disciplina eso viene por añadidura, la respuesta del analista es escuchar a ese paciente en posición de sujeto.

El arte del analista se sitúa en un más allá, apuesta a la escucha del sujeto, sin rótulos clasificatorios, la escucha no posee un poder de curación sobre lo irrefrenable del goce, pero puede humanizar al sujeto, que pueda sentir responsabilidad por lo que hizo, que se haga responsable de sus dichos y también del goce incluido en los actos, no es una terapia dirigida para que deje de robar.

Muchos pacientes en centros de privación de la libertad van a consulta pero no siempre hablan de sus delitos, se callan, y esto es porque están identificados con el acto que han venido realizado.

El lugar del analista en centros de privación de libertad del Ecuador, no es ser uno más, no es ubicarse en el discurso de los médicos, de los guías, tampoco es ubicarse en esa posición de la transas, de intercambio de objetos, que son comunes en los centros de privación, las cuales son también con el personal que trabaja, muchas veces lo mejor es no intervenir y cito a (Greiser, 2012) *“no intervenir muchas veces es una forma de intervención”*(p. 33).

El lugar del analista es humanizar al privado de libertad a partir de una escucha, no obstante hay que tener en cuenta lo mencionado por la Psicoanalista Irene Grieser y la cito *“no existe el deseo del analista como universal, sino el deseo de cada analista particular”* (Greiser, 2012, p. 33).

El analista debe desprenderse de sus prejuicios y también de la compasión, no tiene que intervenir desde sus emociones, pasiones y cito a (Greiser, 2012) que parafrasea a Lacan *“el deseo del analista como lo califica Lacan es impiadoso, en el sentido de que el analista en su acto le está vedada una posición de piedad respecto del sujeto”* (pág. 34); es decir no dándole piedad, se le da por añadidura la humanización como sujeto.

En una entrevista según (Soler, 2016) menciona que un analista permite al analizante analizarse, nada más. Es el analizante que se analiza gracias a la ayuda de un analista, que le permite analizarse, que causa el trabajo analizante, el analista no puede ser analista si no fue analizante antes. Por lo consiguiente (Soler, 2016) explica que es *“imprescindible”*, que es una condición indiscutible, y la cito: *“Se debe analizar uno para poder ser analista, la capacidad de serlo depende del análisis.”* (Soler, 2016).

Sin embargo un analista es de acuerdo a lo que hace, efectivamente. Parafraseo a (Vaschetto, 2015) en una entrevista que cita a Lacan el cual dice: *“Lacan da una definición un poco tautológica de lo que es un psicoanálisis, cuando dice el psicoanálisis es lo que hace un analista. Apuntar a ese incurable, apuntar a eso que se llama lo real”* (Vaschetto, 2015).

Parafraseando a (Vaschetto, 2015) dice que el analista debe ir a buscar con el artificio de la palabra, por supuesto con el horizonte del lenguaje, algo que el lenguaje mismo no logra atrapar, poder situar con las palabras, con los significantes que no es lo mismo, pero con los significantes tratar de revelar eso que no puede decirse, como poder inscribir a ese aspecto donde sería para alguien imposible de decir. En ese punto uno puede situar que hay un sufrimiento, sobre aquellas palabras, aquellos términos que han tocado al cuerpo y que han provocado una escritura. Se produce una marca prácticamente imborrable y sobre la cual el sujeto, tiene algo que decir.

Ese es el aspecto más poético, del psicoanálisis, que le da su lugar definido en el concierto de los otros discursos, un lugar destacado por no ser ni una psicología, ni una ciencia tampoco, parafraseando a (Vaschetto, 2015) el cual explica que el psicoanálisis freudiano en sus inicios era una ciencia, pero el psicoanálisis lacaniano no es una ciencia, es un discurso que se va apartando en función de que también su propia práctica se ve llevada a inventarse.

Y esto es un poco el requerimiento que hace Lacan dice (Vaschetto, 2015), en la última etapa de su enseñanza hacia los psicoanalistas, que les requiere que vayan a inventar el psicoanálisis, hay que inventar el psicoanálisis, hay que hacer de esa práctica una práctica divertida como lo explica Lacan en el seminario I en el cual dice *“el psicoanálisis como la física anteriormente tiene que ser divertido”* (Lacan, 2015, p. 400).

No obstante que uno juega con los conceptos se ve llevado a inventar Matemáticas, grafos, divertido no quiere decir quedarse jugando con eso, sino hacer algo que sea diverso del discurso de la ciencia, del discurso de la psicología, y es partir de eso el quehacer del analista, es reinventar el psicoanálisis, apuntar a lo singular de cada sujeto que solicita una consulta, el analista no expone ser analista, eso se corrobora en función de lo que haga en su práctica.

La formación del analista tendría que entenderse según (Harari, 2008): como un *“Analizando”*, el cual es un gerundio creado por psicoanalista argentino Roberto Harari para denotar que se trata de un camino permanente y nunca del todo acabado, sin embargo es importante recordar el legado de Freud y respetar el trípode del análisis personal, el estudio riguroso de la teoría analítica y en control de casos.

Parafraseando a la psicoanalista (spurrier, 2012) explica que el analista se interroga sobre las condiciones de su propia experiencia como analizante y es por esto la nominación de AE, la escuela anhela soportar la existencia del psicoanálisis como producto de un análisis y la manera de cómo cada uno enfrenta lo real de la clínica, por lo cual *“ los dispositivos de la Escuela permiten a cada analista sostener su existencia, en el uno por uno de su práctica”*(spurrier, 2012, p. 88), es decir entorno al no hay *“ El”* analista, no hay ser del analista, sino una atribución inconsciente.

En la estructura del discurso no se es...se opera como, se funciona como; y es mediante el pase que se puede verificar, debido a que es un dispositivo de comprobación por la variedad de testimonios, en el pase no se trata de relatar los contenidos trabajados en el propio análisis, se trata de su teorización, de la conceptualización que se ha podido realizar de la experiencia.

Hay por ende, una dimensión de formalización que pasa por la abstracción sin detenerse en ella; no se detiene porque vuelca sus consecuencias en una práctica clínica, por lo consiguiente permite sostener que hay analistas uno por uno, y por eso no existe el discurso de “El analista”.

No obstante el analista sigue aprendiendo de su inconsciente: *“ser analista no es analizar a los demás, sino en primer lugar seguir analizándose, seguir siendo analizante, es una lección de humildad”*. (Miller J. A., 2011, p. 33).

Desde la lectura de Eric Laurent los analistas en estos tiempos se han encontrado en un mundo que se ha convertido en muy permisible y que mantienen un debate con otros discursos y que por instantes, los analistas están un poco perdidos, no saben qué hacer para hacerse escuchar, mantuvieron una posición del intelectual crítico mucho tiempo, el cual se mantenía en su lugar tranquilo *“ el analista critico es el analista que no tiene ningún ideal, que llega a borrarse, que es tan solo un vacío ambulante, que no cree en nada”*(Laurent, 2014, p. 70).

Laurent indica que el analista no puede ser un marginal quedándose en posición de crítico, la función del analista no es esa, tiene que reinsertarse en los dispositivos de salud mental:

Los analistas tienen que pasar de la posición del analista como especialistas de la desidentificación a la del analista ciudadano. Hay que pasar del analista encerrado en su reserva, crítico, a un analista que participa, un analista sensible a las formas de segregación, un analista capaz de entender cuál fue su función y cual le corresponde ahora (Laurent, 2014, p. 71).

Es decir el analista interviene muchas veces con un decir silencioso, el silencio analítico habla. Es el *weiwuwei*. No es no hacer nada, es hacer la nada. Sacar del camino del discurso el significante que estorba, que impide que el discurso fluya y se genere un nuevo enunciado, ciertamente Lacan cita al taoísmo en el seminario 18: “yo orejas de burro” (Lacan, 2006, p. 51). Es llamativo usar el término decir silencioso y distinguirlo del silencio, es una forma de no entender que por sí mismo el decir del silencio con el silencio es un pleonasma.

Un analista puesto en escena es la propuesta, pero el analista siempre se va a la escena con el acto analítico, su postura sea de ausencia o presencia conforman la dimensión del desarrollo de la clínica, siendo el lugar en que lo ubica el paciente, (Nasio, 2007) señala dos tipos de silencio el Sileo y Taceo y ante esto dirá que “*el silencio mantiene el rebote infinito de una palabra a otra.*” (Nasio, 2007); La regla invita a hablar el silencio obliga a hablar.

El analista sabe participar con su decir, toma partida activa, es quien ayuda a respetar las particularidades del individuo, tiene que ayudar a impedir que en nombre de la universalidad del discurso de la salud mental se olviden de la particularidad de cada sujeto “*no hay que quitarle a uno su particularidad para mezclarlo con todos en lo universal*” (Laurent, 2014, p. 72).

Los analistas son actualmente de los pocos que escuchan, que siguen “*escuchando a los locos*” (Laurent, 2014, p. 73); cuando resulta mucho más fácil y rápido llenar fichas o test psiquiátricos o psicológicos donde encajar al paciente.

Los analistas que se encuentran en instituciones de salud mental no solo deben pasar escuchando a los pacientes, deben también transmitir la particularidad de cada sujeto para poder hacer algo útil con eso.

Los analistas no deben pasar solo quejándose o criticando, deben pedir algo a la salud mental:

Pedimos una red de asistencia en salud mental que sea democrática y, como sucede efectivamente en la fórmula que se ha utilizado, sea capaz de respetar los derechos de ciudadanía de los sujetos en este campo y en este marco concreto de la salud mental (Laurent, 2014, p. 75).

Los analistas deben incidir en estos asuntos de la salud mental a partir de intervenciones, ser ingeniosos, opinar sobre sucesos importantes, empezando por los excesos de protocolos que determinan la adaptación de trastornos mentales, las promociones de la salud que en la actualidad se impone como exigencia y por el lado del espectáculo, convirtiendo al sujeto en una cifra alfanumérica que inciden en cierto modo en la salud mental, *“los analistas tiene que despertarse un poco”* (Laurent, 2014, p. 75).

Los analistas deben interesarse por el campo de salud mental, en ciertos momentos pueden ser considerados por fuera del campo de la salud mental, como en algún momento se decía que la posición del analista en la salud mental era en la extraterritorialidad, es decir por fuera de la ley, pero en realidad como dice (Laurent, 2014), la posición del analista es desde un lugar *Éxtimo*.

Es decir *“él adentro y el afuera se relacionan de tal modo que el sujeto nunca está por completo en las normas ni tampoco totalmente fuera de ellas”* (Laurent, 2014, p. 31), entre el adentro y el afuera se muestra como una topología de Moebius.

Miller explica sobre lo *Éxtimo* y dice que *“es lo más próximo, lo más interior, pero a la vez exterior, lo más íntimo y extraño a la vez”* (Miller J. A., 2010, pág. 14), *Éxtimo*= íntimo y externo= (Ex–prefijo de externo) y (timo= desinencia de íntimo).

Para poder hablar sobre el lugar del analista en instituciones de salud, específicamente en el departamento de salud mental, es importante hablar sobre los centros de salud de primer nivel los cuales brindan un servicio a una determinada población, estas unidades de salud tiene ya una historia en la cultura a principios del siglo XX, durante la segunda guerra mundial cuando evacuaban a los soldados heridos a los hospitales se dan cuenta de una dificultad para que puedan volver al campo de batalla y es a partir de este momento que se crean los hospitales de campaña, los cuales pueden ser movilizados y ubicados

cerca del campo de batalla, y en estos hospitales de campaña aparecen casos que no requerían atención médica para la parte física, sino que presentaba sufrimientos psíquicos, emocionales, en el cual Bion dio una gran aporte sobre el manejo de grupos y desde ese enfoque se basó lo que posteriormente se llama pequeño grupo Monosintomático

El practicante de psicoanálisis que se desempeña en centros de salud, concibe que está rodeado por diferentes profesionales de la salud que mantienen un variedad de discursos, en los cuales los tiempos de atención son diferentes, se manejan tiempos cronológicos de atención por pacientes por lo cual el practicante tiene que subrayar que su valor lógico no reside en exhibir en un proceso cronológico, sino en captar la discontinuidad de cada paciente, una unidad de salud de primer nivel es una institución pública la cual constituye el primer lazo transferencial debido a que se atienden muchos casos de urgencias, el cual se debe habilitar un espacio para tratar el sufrimiento y dar lugar al sujeto, muchas veces estar ahí, poner el cuerpo en casos de pacientes intoxicados por consumo de drogas los cuales deben ser trasladados en ambulancia a hospitales o casos de pacientes en estados depresivos con intentos de ideas suicidas poder realizar visitas domiciliarias y prestarse para escucharlos.

No obstante es necesario en un encuentro en casos de urgencia, retomar lo que Lacan llamo un instante de ver en el cual se destaca *“la presencia de un saber del que se parte, algo que se sabe y que es evidente”*(Sotelo, 2015, p. 102), es decir un tiempo de un saber sabido, en el cual entra en una incógnita lo que le causa mal-estar y a posteriori de esto inicia un tiempo de comprender, el cual es un período personaly subjetivo, debido en que este momento es un tiempo de elaboración de cada sujeto para posterior pasar a un momento de concluir, en los casos de urgencias lo que sucede es que se pasa de un instante de ver al momento de concluir y se presentan como actingout (intoxicación con sustancias psicoactivas ).

Un analista mantiene a un sujeto a que no pase a un momento de concluir, el analista inserta una pausa a esos actos, por el cual lo hace manteniendo que se quede en un tiempo de comprender *“el analista interviene de modo tal, que un pasaje al acto pueda transformarse en un acto fallido”* (Sotelo, 2015, p. 104).

### 3.1.1 ¿El quehacer del analista en instituciones de salud mental?

Devolver la palabra, esta cualidad de mensaje, en el que se pueda hablar del padecer del sujeto, pero también un espacio de creación. Reencontrar un camino distinto a la pulsión, pero que incluya, de todas maneras, una relación con el otro y una creación también.

El psicoanalista como un miembro más del equipo interviene en la institución, pero se trata de que las quejas no sean objetables sino que abre ese espacio intermedio donde es posible construir algo. Y que la transferencia permite hacer posible encausar el deseo y poner a producir al sujeto.

El analista se ofrece a escuchar la verdad que habla en el sujeto, leer las huellas de su historia, El psicoanálisis aparece como la cura de las palabras dichas y no dichas, es por eso que el discurso analítico es el reverso del discurso del amo, en tanto da lugar al deseo del sujeto, y dar un lugar al deseo del sujeto en las instituciones de salud ya es un acto analítico.

La práctica del analista en los departamentos de salud mental es apuntalar en una jugada a la subjetividad del deseo de cada quien, alojar lo que no funciona, lo que no anda, lo que cojea, apostando a un bien decir del sujeto y su invención, que el sujeto pueda solucionar sus problemas cotidianos por la palabra, es decir lo indica Miller que pueda hallar “un decir menos tonto” (Miller J. A., 1999, p.165), que logre localizar un nuevo acomodo con su placer-displacer(goce).

La intervención de un analista a un sujeto que está en consulta va por el lado de la pausa, el silencio, y la interpretación.

El paciente en las instituciones de salud no paga por su consulta, porque son servicios públicos y por lo cual son gratuitos y su único pago es aguardar en las salas de espera, para poder ser atendido.

Muchas veces el analista tiene que también hacer un pago y Lacan lo menciona en su texto la dirección de la cura y dice que el analista también debe pagar y lo cito:

Pagar con palabras sin duda, si la transmisión que sufren por la operación analítica las eleva a su efecto de interpretación; pero también pagar con su persona, en cuanto que, diga lo que diga, la presta como un soporte a los fenómenos singulares que el análisis ha descubierto en la transferencia. (Lacan, 2005, p. 567).

La enseñanza de Lacan en este texto de la dirección en la cura nos orienta que el callar del analista como oferta de escucha permite que se abra un espacio al deseo, y Lacan nos enseña que ese silencio del analista no es cualquier silencio, es un silencio de callar en acto, es decir ese silencio del analista implanta una falta, que muchas veces para el paciente ese silencio puede ser incómodo, pero permite producir una liberación de la palabra, debido a que ha existido un encarcelamiento de la misma.

Y en ese silencio se puede escuchar como el paciente habla de lo innominable, ese silencio permite al sujeto reconocerse en su diferencia de manera singular, la posición del analista es desde una docta ignorancia no saber de lo que habla el paciente, porqué es el paciente el que sabe, no ubicarse en una posición de saber, al contrario es un no saber, es encarnar el lugar del semblante de desecho, y ese silencio sostiene un lugar a la palabra, donde “ *lo imposible de lo real encuentra sitio para decirse*”(Sotelo, 2015, p. 153), pero no es solo sostener y escuchar esa palabra, también es puntuar lo que dice, actúa como editor, leer como una letra los dichos del paciente y también de lo que no dice.

Nos enseña (Lacan, 2005) que el analista debe conducir al paciente a un punto donde ya no haya nada, para que en ese justo momento se vea llevado a inventar, que haga de lo inadecuado un lugar, que pueda posicionarse de otra manera a la angustia, la función del analista es trabajar con eso que queda fuera de la cadena de sentido, significante, ubicar el S1 (el cual es un reducto que no se enlaza al sentido).

Psicoanálisis y salud mental no van de la mano, son contradictorios, pero el analista debe estar inmerso en las problemáticas de salud mental, se sabe desde la enseñanza de Miller que la salud mental no existe y lo cito: “*La salud mental no existe es porque el cuerpo gozante, la carne, excluye lo mental al mismo tiempo que lo condiciona, lo enloquece y lo extravía*”(Miller J. A., 2011, p. 33), es decir el analista debe estar inmerso en las problemáticas de salud mental, pero eso no quiere que debe ser un operador más de

ese ideal, el analista no es alguien que profesa el ideal de salud mental, el analista frente a lo inexorable y absoluto aunque necesario e indispensable, de la ley (discurso del amo), el psicoanálisis insiste en la contingencia del deseo.

El analista no debe creerse o mostrarse como uno más dentro de la utopía delirante de la salud mental, pero tampoco mostrarse totalmente afuera, debe permanecer en un constante adentro y afuera, debe cuestionar ese exceso de protocolos y normas, que produce que no se escuche al paciente, sino más bien llenar un sin número de documentos, convirtiendo al sujeto en un dato alfanumérico para la estadística de la institución, lo cual hay que hacerlo para darle a la institución lo que quiere, pero esto convierte al profesional de salud mental un digitador, y muchos se quedan coagulados en ese significante.

El analista no se ocupara de la salud en el sentido del ideal sino intenta habilitar un lugar, la salud mental intenta estandarizar el deseo del sujeto, y el psicoanálisis da esa singularidad al “*no como todo el mundo*” (Miller J. A., 2011, p. 65), el analista trata de alojar y mediar entre el adentro y el afuera, opera desde la extimidad. Evita la segregación y el ensimismamiento.

El trabajo del practicante de psicoanálisis en instituciones de salud, tiene que saber que realiza como lo denomina (Greiser, 2012) “*intervenciones analíticas en dispositivos no analíticos*” y el analista en su práctica en estas instituciones va a trabajar desde las entrevistas preliminares, debido a que no se usa diván en estas instituciones y las entrevistas preliminares son el tiempo de intervención directa.

Parafraseando a (Sinatra, 2017) sobre las EP (entrevistas preliminares), el analista no da las respuestas que el paciente anda buscando, lo lleva a que el mismo enuncie esas respuestas, y el analistas le va haciendo preguntas, que cuente sobre su infancia.

No obstante las EP permiten diferenciar frente a qué casos clínicos se encuentra el analista si se encuentra con una neurosis, psicosis no desencadenada, psicosis ordinaria, una psicosis desencadenada que puede presentar pequeños fenómenos elementales muy desapercibidos, por lo cual las EP sirven para escuchar cuadros alucinatorios, y esto es a

partir de esperar en los silencios del analista, si el analista encuentra fenómenos mixtos, procesos negativos.

Las EP son importantes, desde ese lugar el practicante del psicoanálisis en instituciones de salud debe trabajar, posterior si el paciente desea por su voluntad seguir un tratamiento privado, podría decirse que dependiendo de las EP comenzaría a la entrada de un análisis, y Lacan dice sobre la importancia de las entrevistas preliminares y lo cito:

Todos saben, muchos lo ignoran, la insistencia que pongo antes quienes me piden consejo sobre las entrevistas preliminares en el análisis eso tiene una función, para el analista por su puesto esencial. No hay entrada posible en análisis sin entrevistas preliminares. (Lacan, 1971, p. 12)

Es decir las entrevistas preliminares son una herramienta para el practicante del psicoanálisis en instituciones de salud, citando a Ernesto Sinatra dice que *“las entrevistas preliminares son condición de entrada y que algo más tiene que suceder se puede desprender, lógicamente, las entrevistas preliminares aparecen ya como cierto dispositivo”*.(Sinatra, 2017, p. 12).

No obstante Sinatra indica que para Lacan las entrevistas preliminares cumplen una función la cuales son *“evaluar las condiciones de posibilidad de una persona de soportar la apuesta analítica, se trata de la localización subjetiva.”*(Sinatra, 2017, p. 13).

Es decir que el paciente tiene que tomar una “decisión” a partir de las EP, debido a que la “decisión” es el punto más alto de la implicación subjetiva, lo cual permite que se produzca un sujeto, antes de eso es solo un hay entrevistado y entrevistador.

Es decir las EP son una evaluación clínica para de cierta forma avalar una entrada en análisis, según Lacan es una condición *“La entrada en análisis implica las entrevistas preliminares”* (Sinatra, 2017, p. 12)

Es importante esclarecer que un paciente que se encuentra en entrevistas preliminares no es un analizante, por lo cual el practicante del psicoanálisis que trabaja en instituciones de salud no realiza un análisis, lo que realiza son intervenciones analíticas, los cuales tienen su efecto, se realiza puntuaciones en el discurso del paciente cuando se requiere, como una frase, un lapsus y eso es una interpretación, porque cuando un discurso no se es puntuado no se entiende nada, y si no se puntuá, el paciente habla, habla y habla y no tiene idea de lo que está hablando.

La intervención del analista es desplazar los significantes coagulados de la familia, como lo que deja a la deriva, los significantes coagulados son trastocados y el paciente es permeable, un espacio en el que lo contingente puede producirse.

### **3.2 Las psicosis ordinarias como programa de investigación**

Se podría mencionar que Jacques Lacan es quien dio un inicio al programa de investigación de las psicosis ordinarias en el año de 1977, pero con el nombre de "enfermedades de la mentalidad" Esto Lacan lo enseña en las presentaciones de enfermos que realizaba en el hospital de Sainte-Amme.

Lacan en De una cuestión preliminar... al referirse a la función del significante del Nombre-del-Padre como sustituto del significante del Deseo de la Madre, nos recuerda que la Verwerfung se inscribe como contrapunto del juicio de afirmación primordial, la Bejahung freudiana, es decir, que lo que se inscribe en la estructura es la preclusión del significante paterno, que alude a la ausencia de mediación fálica y efectos metafóricos. En este punto Lacan ilustra a partir de Schreber que en él existe un *"daño que no está capacitado para develar"* y que por lo tanto *"está claro que se trata aquí de un desorden provocado en la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto"* (Lacan, 2005, p. 540).

Aparece una primera noción sobre casos raros en 1995 donde se reúnen en Angers en la cual se presentan dos conversaciones sobre la clínica psicoanalítica, en la cual se considera la discusión sobre las nociones de continuidad y discontinuidad, estas conversaciones proponen un nuevo modo de conceptualización de la transferencia en la

psicosis, esta reunión es de cierta forma encabezada por Jacques Alain Miller y es denominada, El conciliábulo de Angers en la cual aparecen efectos de sorpresa en la psicosis, y Miller dice lo siguiente:

No se pretende construir nuevas clasificaciones o desechar las anteriores, sino situar, dos momentos en la clínica; un momento nominalista, en el que recibimos al paciente en su singularidad, sin compararlo con nadie y un segundo momento estructuralista, en que lo referimos a tipos de síntomas y a la existencia de la estructura. (Miller, 1999, p. 11).

En el siguiente año en 1996 se realiza unas conversaciones la cual se formalizan en Arcachon que tuvo mucho resonancia por el abordaje de la clínica de la psicosis, y en este momento hay un interés por fenómenos pequeños de la vida normal, fenómenos discretos, signos discretos, signos no llamativos, es a partir de estos momentos que aparecen los casos llamados "Los Inclasificables".

La categoría de psicosis ordinaria aparece como tal por primera vez en una conversación clínica en el sur de Francia específicamente en Antibes la cual se dio en el año de 1998 como lo denomina Miller: *“de una psicosis ordinaria de gente ordinaria, que se opone por completo a la psicosis extraordinaria de personas extraordinarias, como Schreber”*(Miller J. A., 2003, p. 234).

Es a partir de aquí que podemos encontrar algo que habla de una manera que el sujeto mediante estos signos dice algo de su relación con el cuerpo, con el goce y con el inconsciente, es un recorrido que viene aproximadamente 20 años, actualmente se está haciendo una incorporación, un nuevo modo de dialogar de la psicosis, es un programa de investigación y no una nueva entidad para clasificar sujetos, un programa que apunte a investigar desde la clínica y el caso a caso estos fenómenos discretos son sujetos en que *“ algo pasa en la relación del sujeto con el goce y lo imaginario, con ese abismo unido a una total imposibilidad de subjetivar algo de su experiencia”*(Miller J. A., 2003, p. 214)

El programa de investigación sobre la psicosis ordinaria permite que la clínica sea más del detalle para poder descubrir ciertos fenómenos pequeños clínicos que tal vez llamen la atención, debido a que no se presentan desencadenamientos, lo que se presentan son neo desencadenamiento y cito:

El neo desencadenamiento se trata de las formas de desenganche, que se diferencia del desencadenamiento clásico; La neo conversiones se trata de los fenómenos del cuerpo no interpretables de manera clásica; La neo transferencia se trata de la maniobra de la transferencia en las neo psicosis (Miller J. A., 2003, p. 11)

Conseguimos pensar que Miller propone el prefijo neo como algo nuevo en su enseñanza para aludir a momentos de fuera del lazo social y de ahí se dio lugar al título de psicosis ordinaria.

La psicosis ordinaria se presenta en algunos casos como un estado rígido mediante el cual enfrentan el agujero del goce, por eso se sabe desde el psicoanálisis que cuando se atiende a un paciente sea ya en un centro de salud, en un hospital, en el colegio, no hay que tratar de eliminar el síntoma que manifiesta, debido a que ese síntoma que presenta puede estar sirviendo de sostén y pase desapercibido como un neurótico.

En la psicosis ordinaria los sujetos presenta signos en relación con una rareza en el cuerpo; en la psicosis ordinaria no se presentan muchas veces fenómenos elementales, se presentan otros fenómenos discretos relacionados con acontecimientos del cuerpo y como estos sujetos se afrontan a estos fenómenos discretos que son de una "*externalidad corporal*" (Miller J. A., 2010, p. 22)

(Miller J. A., 2010, p. 20-22) En Efecto de retorno sobre la psicosis ordinaria plantea ubicar el desorden del sentimiento de vida en relación a una triple externalidad: cuerpo, social y subjetiva. En cuanto a la externalidad subjetiva indica que es frecuente bajo pequeños indicios, discretos, experiencias de vacío, vaguedad o vacuidad y cuya naturaleza no es dialectizable, es decir que es un indicio de la Forclusión de la negativización del falo

En la psicosis ordinaria no tienen un cuerpo constituido, en tanto que no se ha apropiado de él, lo vive como ajeno, con una indiferencia, pero también hay caso que quieren hacerse un cuerpo hacen del dolor una prótesis corporal *"El dolor es de alguna manera el punto de origen de una prótesis corporal real que suple su psicosis"*(Miller J. A., 2003, p. 86), es decir como una manera de construir un cuerpo de ir moldeándolo y lo que sucede a nivel de los 3 registros es que en el desenganche uno de estos registros se suelta comúnmente es el imaginario, pero rápidamente se vuelve a renganchar, son enganches, reenganches y desenganches consecutivamente.

En ciertos casos de psicosis ordinarias se pueden presentar mediante fenómenos de perplejidad, en tanto que *"La perplejidad implica la confrontación con la falta de un significante [...] es la traducción de aproximación al agujero"*. (Millas, 2015, p. 73)

No obstante en la psicosis ordinaria el cuerpo no obedece a nadie, no puede dar significación del mismo, el cuerpo en la psicosis ordinaria es como la piel de una fruta, se separa, y entonces se produce un sentimiento de desvanecimiento momentáneo.

En la psicosis ordinaria, el fenómeno psicósomático, en su función de marco del nombre propio, circunscribe, en el lugar mismo del cuerpo un espacio delimitado y separado que permite a un sujeto hacerse un nombre sin pasar por el Nombre del Padre (Miller J. A., 2003, p. 101)

Es decir el propio sujeto trenzara soluciones diferentes, por eso, cada sujeto a partir de sus recursos armará una solución, inventará lazos artificiales, estos fenómenos corporales sería como un soporte y esfuerzo que el sujeto idea para defenderse de lo real.

Según Stiglitz *"la juntura más íntima indica que el ser hablante se hace a partir de piezas sueltas"*(2017, p.26-28) y esta juntura es un trabajo en donde intervienen los tres registros anudándose, pero no sin una falla, una hiancia. Añade bien que lo que permite velar ese punto de falla que corresponde a lo real, tiene que ver con los semblantes y que el análisis permite mantener una cierta cautela de ese real.

## Capítulo IV

### 4.1 Casuística

- **Caso JL un momento de urgencia**

Se recibe la interconsulta por un paciente con un diagnóstico médico de tuberculosis en el centro de privación de varones Guayaquil 1, quien se resiste a continuar el tratamiento sugerido por el médico rural, la queja del paciente no solo por el dolor corporal y por los medicamentos, sino también por el trato recibido por el médico, refiriendo la intención de denunciarlo a defensoría pública por el tratamiento seguido. Cuestiona su preparación y proceder por lo cual pide que el director médico de la unidad lo evalúe.

Posteriormente realizada la consulta, el diagnóstico coincide con el dado por el primer médico, a pesar de esto, la consulta médica produce malestar entre los doctores, quienes deciden realizar una interconsulta a psicología, en este momento se toma la decisión de escuchar al paciente

La apuesta fue la de escuchar al paciente en sus dichos, donde se evidencia que no cuestiona la el saber médico, sino la forma en que el médico le dijo las cosas, sustentando que el doctor había sido “muy severo” en el modo de tratarlo y darle el respectivo tratamiento.

No obstante los 2 doctores decían lo mismo de diferente modo. El departamento de salud mental pone a trabajar esta particularidad y a partir de la intervención puede leerse un alivio y el cual deja de quejarse debido a que se apuesta a establecer las condiciones mínimas de escucha que permitan dar cabida a un sujeto.

El trabajo del practicante del psicoanálisis en instituciones de salud es ofertar un espacio donde el paciente pueda hablar de ese otro dolor, para que, por medio de la palabra, encuentre otras vías de expresión, es decir pasar de una urgencia médica a una urgencia subjetiva.

Después de dos meses el paciente acude directamente al consultorio de salud mental pidiendo una consulta debido a que necesita terapia por la separación de su novia. Comienza en la consulta a decir que *“no puede parar de pensar”* y que se realizaba constantemente cortes en el cuerpo. *“este no parar de pensar”* significaba pasar varias noches en su celda sin dormir.

El refería que esas noches estaban *“agobiadas”* por recordar en su cabeza las discusiones que había tenido con su ex novia, pensaba una y otra vez cada palabra que se habían dicho.

Se realiza interconsulta a psiquiatría para que en un primer momento se lo medique y pueda descansar debido a que presentaba ojeras en sus ojos y cansancio físico, posteriormente se le ofrece un espacio para que pueda iniciar a decir acerca de aquello que no cesaba. Surge la repetición de un estado de *“depresión”*, cada vez que se *“separaba”* de alguna de sus parejas del pasado. La cual lo describe como una *“sensación de angustia”*, *“una opresión en el pecho”* que solo se terminaba si se cortaba, en el centro de privación de libertad hacia algunas falta disciplinaria en el pabellón para que lo golpeen los guías penitenciarios y poder terminar con esa angustia.

Refiere que paso días acostado en la cama de su celda, no salía al patio hacer ejercicio o deporte. Refiere *“ser siempre dejado”* y que también un sentimiento de culpa sobre las rupturas de sus relaciones, indica que desde muchos años atrás pensaba siempre en su cabeza que cometía algún error para que su pareja lo dejara, no podía decir más con respecto a la culpa, una y otra vez vuelven situaciones pequeñas, describiendo las peleas, en las cuales su ex novia le decía que *“lo que él le daba no era suficiente”*, sin lograr ubicar nada más allá de cada enfrentamiento con su pareja, los cuales generalmente tenían como consecuencia el corte en el cuerpo o el golpe y el insomnio que por lo mismo que él era taxista y prefería trabajar largas horas de noche y madrugadas, el paciente se encuentra privado de su libertad debido a que unos pasajeros que él llevaba habían realizado unos robos y a él lo involucraban en ese acto, se encontraba sin sentencia a espera de su resolución.

Refiere en un momento cuando se le pide que hable sobre su familia que *“su madre siempre se ha metido en todo”* y que eso es desde hace muchos años atrás, a lo cual se

realiza una intervención obviamente ya establecida la transferencia y se le dice “no puede parar de meter a su madre”, debido que en las entrevistas la mencionaba en todos sus relatos la intervención produjo que algo de eso que era “imparable” encontrara algún límite.

Posteriormente se realizó un control de casos, debido a ciertas dificultades clínicas en relación a direccionar la cura, lo cual también en un análisis propio se pudo evidenciar una articulación al estrago materno del practicante, lo cual de cierta manera presentaba un obstáculo en la dirección de la cura.

El no poder parar de pensar de JL el cual no lo deja dormir, debido a algo que itera, que no cesaba, que no podía ser viabilizado mediante la palabra. Por lo cual a partir del control se realiza un pequeño dispositivo llamado el trabajo entre varios el cual constó de realizar varias entrevistas en un mismo periodo por varios profesionales de la salud, incluido el psiquiatra, posterior ya sin medicación, logra dormir y puede acotar algo de ese pensar.

Lo cual es a partir de que relata que cuando era adolescente y salía con sus novias, su madre también se “metía”, debido a que salían al igual, indica “parecíamos por momentos como un triángulo”, posterior de una intervención se muestra sorprendido de lo que dijo, a partir de eso se evoca aquellos diques pulsionales: el pudor, la vergüenza, la piedad, la moral, el asco. La función de estos diques es la de anudar la sexualidad y la agresión a representaciones culturales aceptables. No obstante refiere que siempre regresaba donde su madre, como dato importante ya no lo visitaba su ex pareja y ahora lo visitaba su madre.

Los casos que se llevaban a control tienen siempre los rasgos de la práctica y del análisis personal del practicante, es a partir del control que se logró percatar losejes de la presentación y la posición del practicante del psicoanálisis.

- **Caso E**

Un joven llega a la consulta por primera vez a los 17 años tras haber sido detenido por la policía por estar drogado y vagabundo en la vía pública, bajo estas circunstancias intervienen ciertos organismos estatales que recomiendan a sus padres ir a un centro de salud del ministerio a recibir tratamiento.

Se decide tener una primera entrevista con la mamá y el papá haciéndolo aguardar a E en la sala de espera, sus padres cuentan, que es muy retraído, que no quiere salir de la casa, que él era muy estudioso, pero que desde hace un tiempo eso se detuvo de golpe y que actualmente se va a graduar con ciertas dificultades, los padres refieren estar muy preocupados por el estado de E, refieren que el estado actual de E, no sea otra cosa que una típica crisis de adolescencia, la cual empezó a partir del comienzo de su relación con una chica, con la cual discutió y ella le terminó vía telefónica, desde ese momento salió corriendo de la casa, sus padres quisieron detenerlo y no pudieron debido a que indican que se “enloqueció”.

El acepta ir al consultorio hablar con un psicólogo no por esos motivos, sino debido a que su padre le sugiere que quizás pueda utilizar ese espacio para hablar de otras cosas.

Durante las primeras entrevistas se define a sí mismo como un “drogadicto”. Y “que no hay nada en la vida que le interese”, “no tiene ganas de nada”, “que siente una soledad destructora”. Le cuesta bastante comenzar hablar por sí solo, por lo general se le debía introducir un tema, sus respuestas eran breves.

Refiere que es capaz de hacer lo que sea para seducir a su ex, para que vuelva y que si no lo consigue, cumplirá las ideas que por momentos se le imponen en su cabeza las cuales son ideas suicidas.

Refiere que él hacía todo lo que su novia quería, desde que se ponga un piercing en la oreja y lo hacía sin ningún tipo de queja, si a ella le gustan ciertos animales a él también, cuando chateaban por teléfono él no podía finalizar la conversación y era ella la que lo hacía y él se desesperaba .

Aparece en su discurso un “no tengo energía” por momentos carece completamente de voluntad, refiere sentirse “detenido en la vida”, su estado físico es de mucha delgadez a lo cual se realiza preguntas sobre su peso, e indica que no siempre fue así, refiere que desde los 8 años realizaba natación, que algún momento gano medallas y que repentinamente hace unos meses perdió peso, refiere que no sabe porque, el paciente no da explicación por ese adelgazamiento, dice que no se había dado cuenta y que le es indiferente.

Presenta un lazo social muy mínimo, posterior de la separación de su ex pareja no ha vuelto a tener compromisos afectivos, lo cual ya tiene un tiempo de haberse separado, por momentos el funcionamiento de ese cuerpo que no obedece a nadie, deja ciertas dudas diagnósticas.

Posterior comenta sobre su consumo de drogas en el cual indica que sucede algo único, “me encanta experimentar dosis máximas”, el paciente ha sido internado 3 veces por intoxicación de drogas en el cual estuvo hospitalizado, no da cuenta de eso, refiere no recordar nada, es la madre quien en una entrevista lo comenta.

E refiere sobre su inicio de consumo, el cual fue por compañeros de colegio, pero que nunca consumió con ellos, que él se la llevo y la consumió solo, que siempre fue así, refiere que cuando consume se siente “anestesiado y que fragmenta así todo vínculo con la vida”.

El paciente deja de ir a consultas debido a que su familia lo ingresa a una clínica de rehabilitación particular, la solución para este paciente no es por el lado de la identificación del NA pero esto le permite por un tiempo estabilizarse.

Posteriormente al salir de la clínica sigue yendo a consultas, en este segundo momento ya acabo de cumplir 18 años, finalizo el colegio a distancia estuvo 6 meses en la clínica de rehabilitación e indica que en un inicio no quería ir a la clínica, porque le gustaba ir hablar a la unidad de salud.

Refiere que fue maravilloso poder comunicarse con personas que tienen “la misma enfermedad”, esto le permitió tomar distancia de ese sentimiento de soledad, el tratamiento se dirige a despejar que no es la pertenencia a un grupo al cual identificarse lo que sostiene a E, sino más bien el apoyo imaginario que para el implica esas relaciones, vivió su paso por la clínica como una “reparación”, refiere haberse quitado de encima un “cubierta”.

El paciente tiene un tatuaje en su mano, a lo cual se le pide que habla de ello, es la letra de su ex, refiere que se lo hizo adentro de la clínica que un compañero se lo hizo con una aguja y tinta, refiere que no sintió nada, que se quedó dormido y luego cuando despertó tenía el tatuaje, lo que E hace con este tatuaje es nominar algo, dice que “es un mensaje de amor en el cuerpo”, además indica que aprendió a boxear dentro de la clínica que siempre ganaba porque nunca podían noquearlo, que sus compañeros se sorprendían porque aguantaba demasiados golpes y no decía nada, tanto así que un día le rompieron una ceja pero que no se había dado cuenta hasta que le dijeron.

Dice que de ningún modo sintió dolor, a partir de esto ingresa a entrenar boxeo, dice que le gusta mucho, que los entrenadores le dicen que aguanta bastante, conjuntamente indica estar asistiendo a la iglesia para “entregarse al señor”, refiere que desea seguir yendo a hablar conmigo y poder decir esas cosas, que tiene objetivos en la vida, que no quiere recurrir más a la drogas.

Es gracias al boxeo que logra reanimarse, puede transmitir hasta qué punto el boxeo le apasiona que está alzando pesas, que pasa horas en el gimnasio que se le pasa volando las horas en ese lugar, elabora después de algunos meses un trabajo de anudamiento, solicita ingresar a los grupos de apoyo que se manejan en los centros de salud con adolescentes en consumo de drogas tiene la idea que lo deje enseñar boxeo a lo cual se la ese lugar una vez a la semana.

Se puede decir que a partir de la ruptura amorosa apareció un momento de desencanche luego del cual sufre una soledad destructora, construye un bricolaje, el tatuaje nomina e inscribe algo, el boxeo y pasar horas en el gimnasio le permite hacerse un cuerpo, moldearse, debido a una ajenidad del cuerpo y esto como respuesta que encuentra para

apropiarse del mismo, esto según (Millas, 2015) sería un *“artificio a través del cual es posible llegar a un arreglo entre el sentido y goce del propio cuerpo”* (pág. 108).

Teniendo en cuenta los puntos teóricos sobre el sentimiento de vida en la psicosis ordinaria, se podría ilustrar en el caso algunos indicios como no dar cuenta de esa pérdida de peso, de esa errancia al salir y caminar horas y horas bajo efectos de consumo, de consumir hasta intoxicarse hay algo de lo indecible en su experiencia, lo cual podría corresponder a fenómenos de perplejidad, en tanto que la *“perplejidad implica la confrontación con la falta de un significante [...] es la traducción de aproximación al agujero”*(Millas, 2015, p. 73).

No obstante eso que dice E sobre que *“de ningún modo sentí dolor”* evoca lo que indica (Miller J. A., 2010) en el texto Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria en relación a la externidad corporal debido a esa extrañeza, a esa desconexión *“ el cuerpo se desconpone y donde el sujeto es llevado a inventarse lazos artificiales, para reapropiarse de su cuerpo, para ceñirse a su propio cuerpo”*(p. 22).

## Conclusión

Introducir el psicoanálisis en una institución es jugar con la retórica de la tradición “lo instituido”, pero la pregunta sería: ¿Qué es el psicoanálisis? ¿Cuál es su lugar en las instituciones de salud?; es sencillo, el psicoanálisis es una práctica de lenguaje, difiere de la lingüística, de la terapia conductual, emocional, sistémica, comunitaria, una terapia de la confesión, de la imaginaria empatía, por el lugar del hablante en el proceso, sujeto que en el juego de su palabra se constituye.

Esta intervención permite que el lugar sea un espacio donde el habla resuene y tome forma. Después, no hay parámetros para la práctica, Lacan dice: *“miren mi televisión, yo soy un clown, hagan como yo pero no me imiten”* (Lacan, 2006).

El analista es instrumento del analizante, como lo es el zapato y el basurero, un soporte y un despoje, algo que está demás pero algún momento es necesario, ya que constituye lo que en *“el ser ha sido olvidado por el ser”* por eso su lugar de semblante donde se mecaniza la palabra para hacer eco, sirve de espejo “la palabra invertida dice Lacan”. El psicoanálisis debe seguir la inventiva del analista, pero esta inventiva debe tener un saber de base, de esta forma escapa a la charlatanería.

Para el psicoanálisis no existe la salud mental, debido a que Freud no habla de lo mental habla de lo psíquico, y hablar del aparato psíquico es evocar a Freud cuando en su texto de psicopatología de la vida cotidiana nos enseña que *“el aparato psíquico siempre está en conflicto”* (Freud, 2007, p6).

A nivel de salud mental y sus políticas con las cuales traen un cúmulo de campañas, de talleres, de protocolos con los cuales quieren normativizar y educar aquello que no es educable, de regular aquello que no es regulable, y además nos topamos a un sistema clínico que sustenta que el trastorno mental es para todos, es el discurso muchas veces del cognitivo conductual o del sistema comunitario, el cual recluye al sujeto del inconsciente, y no solo a los pacientes también al personal que transita en estas instituciones, para la salud y la salud mental no hay sujeto de la enunciación, solo sujeto del enunciado, las instituciones de salud por tener un discurso médico transita por el malentendido, entonces

el practicante del psicoanálisis tiene que sobrellevar ese malentendido, el cual no es fácil, debido a esto es que la posición del practicante es *Éxtimo*, es decir saber jugar con eso, con ese adentro pero a la misma vez afuera, es jugar en el malentendido “ *nunca estamos ahí donde pensamos que deberíamos estar. Nunca estamos allí donde al otro le gustaría que estuviéramos.* ”(Fracois Ansermet, 2017, p. 177)

Es decir que esto se relaciona con el deseo del analista el cual es “*como el hurón que se escabulle, somos practicantes de los pasillos, practicantes de lo inesperado, de las contingencias, de lo real*” (Fracois Ansermet, 2017, p 177)

No obstante es transcendental precisar que existe un fracaso de las políticas de salud mental en la obtención del bienestar individual, además es importante tener en cuenta que el psicoanálisis no trata de mejorar la definición de la salud mental, ni imponer otra definición, lo que importa es sostener una práctica clínica, en la cual cada sujeto encuentre bienestar con su deseo, por lo cual es necesario un tiempo para comprender(se) y que el sujeto se detenga entre el tiempo de ver y el tiempo de concluir, dar esa pausa, el practicante de psicoanálisis agrega un vacío de significación, es un practicante de psicoanálisis como *partenaire*, el practicante de psicoanálisis como defensor de la singularidad, como interlocutor entre el paciente y la institución, realizar intervenciones analíticas en contextos no analíticos, la intervención es restituir el deseo, el practicante de psicoanálisis creen en el deseo, pero no es un idealista, es encontrar la fuerza viva en esos callejones sin salidas, hacer de la fuerza viva una intervención, que se puede llegar a realizar un psicoanálisis aplicado en las instituciones.

Además podemos detallar y describir las singularidades de los casos clínicos y sus intervenciones se podría describir como el psicoanálisis en instituciones no se precipita en responder preguntas sobre el ser del sujeto, el psicoanálisis de orientación Lacaniana considera los tiempos lógicos del sujeto.

## Metodología

La actual investigación bajo la modalidad de exploratoria ya que a través de ella se examinará un tema poco estudiado, en la formación de los psicólogos clínicos con orientación psicoanalítica.

Se sirve como método principal, exegesis de textos y la casuística, en el cual se propone una lectura minuciosa, rigurosa, detallada que permita realizar un recorrido y disponer de los fundamentos teóricos sobre el lugar del psicoanálisis en instituciones de salud, y además servirse de otras fuentes actuales las cuales dan importantes aportes a la práctica.

Esta investigación comprende la revisión bibliográfica de textos “princeps” tales como: las obras completas de Freud, los Seminario y otros escritos de Lacan, las aportaciones actuales de Jacques Alain Miller; a través de una lectura intertextual e intertextual.

La lectura intertextual sirvió como técnica la cual : *“en tanto aspira a investigar un texto, para intentar establecer, sólo desde el texto mismo, lo que éste dice”*(Bernal, 2014, p. 15), Se la realizó con los textos de Sigmund Freud y Jacques Lacan, para en un segundo momento pasar a una lectura intertextual con la cual como indica (Bernal, 2014); se comparó y se sometió a discusión unidades de análisis como párrafos y conceptos de dos o más textos, de uno o varios autores.

Además se trabajó con: videos, y grabaciones de conferencias netamente psicoanalíticas que contienen los intentos de conceptualización del deseo del analista. Él método exegético como sabemos es un método que depende de “la voluntad” de las personas que la usan y de la aproximación del conocimiento a partir del análisis, entonces este método permite diseccionar, lo que quiere decir que ayuda a hacer un análisis minucioso que permite extraer y enunciar los conceptos principales tanto de la enseñanza de Freud , como de la primera enseñanza de Lacan y su última, además los aportes

constantes de Jacques Alain Miller, Eric Laurent y así como de otros autores que dialogan y explican sobre el trabajo analítico en instituciones .

Se investigarán y expondrán los momentos teóricos más importantes para la construcción de conceptos como la transferencia, el síntoma, el deseo del analista, la psicosis ordinaria en los cuales los autores se encontraron con ciertas dificultades en su inicio de la práctica clínica. Estas dificultades en la práctica clínica los llevó a reformularse sus conceptos en tanto suponen un problema teórico y práctico y es desde ese lugar que éstos se idean para tener nuevas construcciones que respondan a la interrogante que la clínica plantea.

Es por esto que en la actualidad los psicólogos clínicos con orientación analítica se encuentran con ciertas dificultades en su labor analítica en instituciones no analíticas.

Este es un trabajo teórico-práctico que servirá para ayudar a los psicólogos clínicos con formación analítica para saber cómo ubicarse en las instituciones y desde que lugar poder transmitir su deseo, es por esto que el método exegético es usado en esta investigación, acompañado de la lectura intertextual e intertextual para poder identificar y establecer un acercamiento sobre el lugar del psicoanálisis en instituciones, y como el método de investigación de la psicosis ordinaria permite como direccionar un tratamiento en ciertos casos.

## Bibliografía

- Bassols, M. (2003). *Las Respuestas del psicoanalista*. Bogota: Serie Bitacora.
- Bernal, H. (2014). <http://www.kennedy.edu.ar/.../El comentario de texto co>). Obtenido de <http://www.kennedy.edu.ar/.../El comentario de texto co>): <http://www.kennedy.edu.ar/.../El comentario de texto co>
- Braunstein, N. (1990). *Goce*. México: Siglo XXI Editores.
- Braustein, N. (2013). *Clasificar en psiquiatria*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Briole, G. (2016). Coloquio Seminario la transferencia. *Coloquio Seminario la transferencia*. Mexico DF: Nel.
- Cordie, A. (1994). *Los retrasados no existen*.
- Dessal. (1999). *La transferencia negativa*. Barcelona: Escuela del campo freudiano de barcelona.
- Foucault, M. (2003). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos aires : siglo veintiuno .
- Fraçois Ansermet. (2017). *la practica lacaniana en instituciones*. Buenos Aires: Grama.
- Freud, S. (1917). Conferencia 27 La Transferencia. En S. Freud, *Obras Completas Volumen XVI* (págs. 392 - 407). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2007). *Conferencia de Introduccion al psicoanalisis parte III*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2007). *Conferencias de Introduccion al Psicoanalisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2007). *Psicopatologia de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (2013). *contribucion a la historia del movimiento psicoanalitico trabajos sobre metapsicologia*. buenos aires: Amrrortu.
- Freud, S. (2013). *Presentacion autobiografica Inhbicion, sintoma y angustia*. buenos aires : amorrtu.
- Gallo, H. (2017). *El Vinculo Educativo* [Grabado por H. Gallo]. Guayaquil , Guayas, Ecuador .
- Gay, P. (1989). *Freud una vida de nuestro tiempo*. Buenos Aires: Paidos.
- Goldin, L. (23 de 10 de 2017). *La transferencia y el sujeto supuesto saber*. Obtenido de Intervenciones y Efectos: <http://podcastpsicoanalisis.com/2017/10/23/la-transferencia-sujeto-supuesto-saber/>
- Gorostiza, L. (2007). *clinica de la urgencia*. Buenos Aires: JCE EDICIONES.
- Greiser, I. (2012). *Psicoanalisis sin divan*. Buenos Aires: Paidos.
- Harari, R. (2008). *el sujeto descentrado*. Buenos Aires: Lumen.
- Hector Gallo/ Mario Elkin Ramirez. (2012). *el psicoanalisis y la investigacion en la universidad*. buenos aires: Grama.
- Julien, P. (2002). *Psicosis, perversión, neurosis*. Buenos Aires : Editorial Amorrortu.
- Kojeve, A. (1982). Prólogo. En A. Kojeve, *La idea de la muerte en Hegel* (pág. 8). Buenos Aires: Editorial Leviatán.
- Lacan, J. (1955). *Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1966). *La lógica del fantasma Seminario*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1967). *El acto Analitico*. Inedito: Inedito .
- Lacan, J. (1971). *el saber del psicoanalista* . Inedito: Inedito.

- Lacan, J. (1988). *Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (1991). *los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2005). *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Lacan, J. (2006). *De las psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2006). De un discurso que no fuera del semblante. En J. Lacan, *De un discurso que no fuera del semblante* (págs. 51-69). Buenos aires: Paidós.
- Lacan, J. (2007). *Jacques Lacan: mi enseñanza* . Buenos aires-barcelona- mexico: Paidós
- Lacan, J. (2010). El estadio del espejo como formador de la función del Yo (Je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En J. Lacan, *Escritos* (pág. 90). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (2011). *Escritos*. Buenos Aires : Editorial Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (2014). *Otros Escritos*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2015). *Los escritos tecnicos de Freud*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (2009). *el delirio de normalidad*. buenos aires: grama.
- Laurent, E. (2011). *el sentimiento delirante de la vida*. buenos aires: coleccion diva.
- Laurent, E. (2014). *Estamos todos locos - la salud mental que necesitamos*. Madrid: Gredos.
- Leguil, F. (1987). *Reflexiones de la urgencia*. Buenos Aires: Vergara.
- Lombardi, G. (13 de junio de 2017). QUÉ ES EL PSICOANÁLISIS. (p. D. Inconscientes, Entrevistador)

- Masotta, O. (1978). Prólogo. En J. Lacan, *La familia* (pág. 7). Buenos Aires: Editorial Argonauta Biblioteca de Psicoanálisis.
- Millas, D. (2015). *El Psicoanálisis pensando desde la Psicosis*. Buenos Aires: Grama.
- Miller. (1999). *los inclasificables de la clinica psicoanalitica*. Buenos aires: Paidos.
- Miller, J. A. (1998). *El hueso de un analisis*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Miller, J. A. (1999). *Matemas I*. Buenos Aires: Manatial.
- Miller, J. A. (1999). *seminario sobre politica y trasferenncia - la trasferencia negativa*. Barcelona: Escuela del campo freudiano de barcelona.
- Miller, J. A. (2001). *Cómo se inventan nuevos conceptos*. Obtenido de Virtualia, Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana: <http://virtualia.eol.org.ar/003/default.asp?notas/jamiller-02.html>
- Miller, J. A. (2003). *la psicosis ordinaria*. Buenos aires: Paidos.
- Miller, J. A. (2005). *Efectos Terapeuticos Rapidos*. Buenos Aires : Paidos .
- Miller, J. A. (2010). *Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria*. Buenos Aires: En el caldero de la escuela No.14.
- Miller, J. A. (2010). *Extimidad*. Buenos Aires: Paidos.
- Miller, J. A. (2011). *Sutilezas analiticas*. Buenos Aires: Paidos.
- Miller, J. A. (2011). *Sutilezas Analiticas*. Buenos Aires: Paidos.
- Miller, J. A. (2016). *Un esfuerzo de poesia*. Buenos Aires : Paidos.
- MSP. (2016). *Salud Mental*. Quito: MSP.
- Nasio, J. D. (1987). *En los limites de la transferencia*. Buenos aires: nueva vision.
- Nasio, J. D. (1998). *Cinco lecciones sobre la teoria de lacan* . Barcelona: Gedisa.

- Nasio, J. D. (2007). *Topologería*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- OMS. (2001). *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra: WHO. Obtenido de [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf)
- OMS. (2001). *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra: WHO. Ginebra.
- OPS. (2013). *WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*. Washington,DC: OPS.
- Pedro Oyervide. (1996). *Constancia del psicoanálisis*. Madrid: siglo veintiuno.
- Ramirez, M. E. (2016). Estructura del sintoma [Grabado por M. E. Ramirez]. Guayaquil, Guayas, Ecuador.
- Roudinesco, E. (2012). La palabra, la voz. En E. Roudinesco, *Lacan, frente y contra todo*. (pág. 55). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Roudinesco, E. (2012). La palabra, la voz. En E. Roudinesco, *Lacan, Frente y contra todo* (pág. 55). Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Schejtman, F. (2012). *Elaboraciones Lacanianas sobre la psicosis*. Buenos Aires: Grama.
- Schejtman, F. (2017). psicopatología general [Grabado por F. Schejtman]. Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Sinatra, E. (2017). *Las entrevistas preliminares y la entrada en análisis*. Buenos Aires: Grama.
- Solano, E. (1998). *como cura el psicoanálisis*. Buenos Aires: Nueva escuela lacaniana.
- Soler, C. (2016). Que es y que hace un analista [Grabado por C. Soler]. Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Sotelo, I. (2015). *DATUS*. Buenos Aires: Grama.

spurrier, P. O. (2012). NO HAY EL ANALISTA. En J. A. Miller, X. Esque , P. Monribot, M. Almanza, B. Viviana, & V. Ana , *como se forman los analistas* (págs. 87-92). Buenos Aires: Grama.

Stiglitz, G. (2017). *Blog de la Seccion La Plata*. Obtenido de Blog de la Seccion La Plata: <http://www.eol-laplata.org/blog/index.php/la-juntura-mas-intimay-la-psicosis-ordinaria/>

Stiglitz, G. (2018). *El tema- retorno a la juntura*. Obtenido de El tema- retorno a la juntura: <https://congresoamp2018.com/textos-del-tema/retorno-la-juntura/>

Vaschetto, E. (2015). Que es y que hace un analista [Grabado por E. Vaschetto]. Buenos Aires, Buenos Aires , Argentina.

Whitman, W. (1989). *Hojas de Hierba*. Estados Unidos: Losada.

Zizek, S. (2006). Cronología. En S. Zizek, *Cómo leer a Lacan* (pág. 129). Buenos Aires: Paidós.

Zizek, S. (2008). *Cómo leer a Lacan*. Buenos Aires: Paidós.

## Cronograma

	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	AÑO 2017						AÑO 2018						
		junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio
1.	Exploración inicial													
2.	Marco teórico													
3.	Diseño de investigación: objeto de estudio, instrumentos de investigación.													
4.	Aplicación de investigación													
5.	Interpretación de investigación													
6.	Elaboración del informe final de la tesis.													
7.	Entrega de Tesis													
8.	Sustentación													



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Psi. Cl. Francisco Javier Maquilón Herrera**, con **C.C: 0929470284** autor del trabajo de titulación: **El lugar del psicoanálisis en instituciones de salud: abordajes e intervenciones posibles desde la Clínica Lacaniana**, previo a la obtención del título de **Magister en Psicoanálisis y Educación** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 21 de noviembre del 2018

---

**Psi. Cl. Francisco Javier Maquilón Herrera**

**C.C: 0929470284**



## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	El lugar del psicoanálisis en instituciones de salud: abordajes e intervenciones posibles desde la Clínica Lacaniana.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Psi. Cl. Maquilón Herrera, Francisco Javier		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dra. Game Varas, Cinthya Isabel, PhD. Psic. Clin. Rosa Elena Sper, Mgs. Dra. Nora Guerrero de Medina		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Sistema de Postgrado		
<b>CARRERA:</b>	Maestría en Psicoanálisis y Educación		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Magister en Psicoanálisis y Educación		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	21 de noviembre del 2018	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	90
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Filosofía, Área de la Salud		
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	Psicoanálisis, Abordajes, Urgencia Subjetiva, Transferencia		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>Siendo un trabajo de investigación que tiene la finalidad de ocuparse de temas relacionados con la salud mental desde una mirada psicoanalítica, las urgencias subjetivas, el lugar del practicante de psicoanálisis lacaniano, la política del síntoma, la transferencia en instituciones, por lo cual brinda a los estudiantes, practicantes del psicoanálisis, información sobre el lugar del psicoanálisis en instituciones de salud con el objetivo de mejorar el saber hacer como profesionales. Se ha tomado como conceptos claves la salud mental, el psicoanálisis, la suplencia, el síntoma, la transferencia, fenómenos elementales, la psicosis, los desenganches, psicosis ordinaria por lo que el trabajo muestra la elaboración teórica desde la teoría psicoanalítica Lacaniana. Teniendo como prioridad identificar las problemáticas institucionales y su posible abordaje en el mismo.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	Teléfono: 593982210844	E-mail: fmh1291@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	Nombre: Lic. Rosa Delia Toro García		
	Teléfono: 0958876605		
	E-mail: rosa.toro@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			