

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA

**Fundamentos Teórico-Técnicos de un Dispositivo de Atención
de Psicoanálisis Aplicado a la Terapéutica en SOLCA**

AUTORES

**Hernández Zambrano, Ericka
Robles Pincay, Andrea Estefanía**

**Trabajo de Graduación previo a la Obtención del Título de:
PSICÓLOGO CLÍNICO**

TUTOR

Aguirre Fuentes, Antonio

Guayaquil, Ecuador

2013



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Ericka Hernández Zambrano y Andrea Estefanía Robles Pincay** como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Psicólogo Clínico**.

TUTOR (A)

Psi. Antonio Aguirre Fuentes

REVISOR(ES)

DIRECTOR DE LA CARRERA

Psi. Cl. José Acosta

Guayaquil, a los 10 días del mes de Julio del año 2013



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Ericka Hernández Zambrano** y **Andrea Estefanía Robles Pincay**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación **Fundamentos Teórico-Técnicos de un Dispositivo de Atención de Psicoanálisis Aplicado a la Terapéutica en SOLCA** previa a la obtención del Título **de Psicólogo Clínico**, 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 nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 10 días del mes de Julio del año 2013

LAS AUTORAS

Ericka Hernández Zambrano

Andrea Estefanía Robles Pincay



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Ericka Hernández Zambrano** y **Andrea Estefanía Robles Pincay**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Fundamentos Teórico-Técnicos de un Dispositivo de Atención de Psicoanálisis Aplicado a la Terapéutica en SOLCA**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 10 días del mes de Julio del año 2013

LAS AUTORAS

Ericka Hernández Zambrano

Andrea Estefanía Robles Pincay

AGRADECIMIENTOS

“A Dios por su compañía y guía a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos difíciles y por brindarme una vida llena de aprendizajes.”

“A mis padres por apoyarme siempre, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida.”

“A Hugo por ser una parte muy importante en mi vida, por haberme apoyado en las buenas y en las malas, sobre todo, por su paciencia y amor incondicional”.

“A mis profesores por la confianza, apoyo y la dedicación de tiempo”.

“A Andrea por haber sido una excelente compañera de tesis, por haberme tenido la confianza y la paciencia necesaria”.

Ericka Hernández Zambrano

“A Dios y a mi padres, por su apoyo, sobre todo a mi madre por su guía, amor y dedicación, por ser parte elemental de mis logros y soporte en mis fracasos”.

“A mis amigos incondicionales por su presencia y escucha en los momentos en los que más los he necesitado, y por su inmenso amor a lo largo de nuestros agridulces años de amistad”.

“A Dani por ser una de las personas que más amo, por su infinita paciencia y ternura, por ser mi cómplice y mi apoyo”.

“A Erika por su confianza en mí, y su dedicación en el presente trabajo, así como también a Antonio, por su guía”.

Andrea Robles Pincay

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Psi. Antonio Aguirre Fuentes

PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

Psi. Antonio Aguirre Fuentes

ÍNDICE GENERAL

Contenido

RESUMEN	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL	6
1.1 El servicio de psicología en SOLCA.....	6
1.2 El contexto cientificista y el discurso médico en el hospital.....	8
1.3 El rol del operador dentro del marco institucional	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1 Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia.	16
2.2 Dispositivo de atención en SOLCA.....	24
2.3 Conceptos del psicoanálisis utilizados por el dispositivo	28
2.3.1 Lo inconsciente.....	28
2.3.2 Trauma y fantasma.....	31
2.3.2.1 El acontecimiento traumático, un tropiezo con lo real	32
2.3.2.2 Una pantalla a lo ominoso	34
2.3.3 La angustia	37
2.3.4 El síntoma y su formación	39
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	42
3.1 Introducción al método.....	45
3.2 Principios de la técnica	49
3.2.1 La singularidad	49
3.2.2 Asociación libre.....	51
3.2.3 Práctica de la palabra.....	52
3.2.4 La implicación de otra escena.....	53
3.2.5 La transferencia imaginaria y los obstáculos en el tratamiento.....	54
3.2.5.1 Obstáculo Imaginario.....	57
3.2.5.2 Obstáculo Real	58
3.2.6 La repetición como insistencia del significante	59
3.2.7 Intervenciones y corte sobre las formaciones del inconsciente	60
3.2.8 División Subjetiva	62

3.2.9	Consejos al médico aplicados al hospital	64
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS		68
4.1	Análisis de lo desarrollado por medio de casos	68
4.1.1	Caso Y.T.	68
4.1.2	CASO L. N.	80
4.1.3	Caso E.G.	84
4.2	Análisis de las técnicas utilizadas.....	90
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		93
BIBLIOGRAFÍA		98

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad ofrecer un conjunto teórico-técnico, correctamente fundamentado, sobre una propuesta de psicoanálisis aplicado a la terapéutica que se ha venido construyendo en la institución SOLCA. La importancia de llevar a cabo este objetivo surge a partir de lo fundamental de delimitar y fundamentar de manera formal y precisa un dispositivo que ha sido puesto en práctica desde el 2005 y del cual se han obtenido ciertos alcances y limitaciones. Así mismo, este documento ha sido elaborado para proporcionar una guía y soporte teórico-técnico a las futuras generaciones de practicantes en instituciones hospitalarias como SOLCA.

El trabajo se ha elaborado a partir de la puesta en práctica del dispositivo de atención en el periodo de un año, en el cual se ha recolectado información bibliográfica y los casos derivados de la experiencia han sido supervisados.

Durante el desarrollo de la investigación se han podido responder algunas interrogantes sobre la propuesta trabajada en la institución, entre ellas: ¿Encaja o no como una propuesta de psicoanálisis aplicado a la terapéutica?; ¿Durante la experiencia en qué lugar se ubica el practicante?; ¿Cuáles son los fundamentos del psicoanálisis aplicado a la terapéutica?; ¿De todo el universo teórico del psicoanálisis aplicado a la terapéutica, qué selección o recorte de conceptos y técnicas utiliza el dispositivo?

Palabras Claves: Psicoanálisis aplicado a la terapéutica, fundamentos teórico-técnicos, alcances, limitaciones, institución hospitalaria.

INTRODUCCIÓN

El presente documento de investigación corresponde al trabajo de graduación previo a la obtención del título de psicólogo clínico. Su fundamento radica en las prácticas pre-profesionales realizadas en el hospital SOLCA, bajo la dirección del Psicólogo Clínico Antonio Aguirre. Las prácticas tuvieron la duración de un año, en el que se pudo ofrecer atención a pacientes y familiares de las distintas áreas del hospital.

El trabajo de investigación ha sido elaborado en función de proveer un aporte a la sociedad. Con la entrada en vigencia de la nueva Constitución de la República, la educación superior ecuatoriana enfrenta muchos retos por delante. El sistema de educación superior está articulado al plan nacional de desarrollo y buen vivir. En ese sentido, el proyecto de la Ley Orgánica de Educación Superior se estructura rigiéndose por principios de autonomía responsable, calidad, pertinencia, etc. (León, 2009).

Las líneas de investigación desarrolladas por la carrera de psicología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil se vinculan con los objetivos de la LOES. ART. 107 (Proceso de autoevaluación, 2012) en la que la Educación Superior debe responder a las expectativas y necesidades de la sociedad y la planificación nacional de desarrollo. Dichas líneas de investigación se encuentran en relación a la visión y misión de la UCSG, en las que se enfatiza la investigación formativa que permite el estudio de los problemas sociales que afectan a los sujetos, fomentando así el interés de los estudiantes para ser profesionales socialmente responsables y capaces de producir nuevos

conocimientos, que den solución a tales problemas (La universidad- Misión, Visión y Objetivos, 2013).

La presente investigación es un esfuerzo por dar a conocer los fundamentos teórico-técnicos de un proyecto que se viene puliendo desde el 2005 en la institución SOLCA. Se trata de una propuesta de psicoanálisis aplicado a la terapéutica que tiene dos aspectos: por un lado el clínico, dado que es una experiencia en la que se atiende a pacientes diagnosticados con cáncer y por otro lado de investigación ya que se trata de trabajar y estudiar los aspectos que la experiencia plantea. Siendo así, este trabajo apunta a la línea de investigación de “Sujeto y época” en la que se enfatizan las nuevas formas de malestar en la época de la incertidumbre. Dicha Línea de investigación responde al problema de la necesidad de actualización de criterios diagnósticos y formas de tratamiento de nuevas formas de malestar subjetivo (Carrera Psicología Clínica - Área de Investigación, 2013)

Esta línea de investigación tiene como principal objetivo otorgar una dignidad al sujeto del que se busca que construya un saber propio sobre su malestar, en este sentido, esto aporta a los objetivos dos y tres del plan nacional del buen vivir (Objetivos para el Buen Vivir, 2013) en el que por un lado se apunta al desarrollo integral de los ciudadanos, fortaleciendo sus capacidades y potencialidades a través del incentivo a sus sentidos, imaginación, pensamientos, emociones y conocimientos; y por otro lado se inclina a buscar condiciones para la vida satisfactoria y saludable de todas las personas, familias y colectividades respetando su diversidad.

La responsabilidad social del Psicólogo clínico lleva a sostener en su desempeño la dimensión subjetiva, que generalmente desaparece en el universal que orienta a los organismos de salud que anulan su singularidad. Si bien dentro de ciertas instituciones se da apertura a un espacio para que la psicología ofrezca un servicio, la hegemonía del discurso médico dominante no permite dar prioridad a la misma.

La labor que se lleva a cabo con pacientes y familiares se desarrolla dentro del contexto hospitalario, es decir, el equipo médico tiene como prioridad la salud física de los pacientes. Es en torno a este contexto donde el servicio de psicología intenta llevar a cabo una atención que se dirija a ofrecer un espacio para la palabra, un espacio en el que se tenga siempre como posibilidad al sujeto, que en definitiva es quien posee el saber sobre lo que le ocurre; y en esta medida que también favorezca al equipo médico. En cada caso la técnica será la misma, pero el trabajo irá ligado a lo singular de cada sujeto, a su síntoma, a sus dichos.

La propuesta que utiliza actualmente el servicio de psicología en SOLCA tiene como base la aplicación de principios y conceptos del psicoanálisis aplicado a la terapéutica. Este dispositivo de atención tiene como objetivo cardinal la creación de un espacio en el que se tomen en cuenta los dichos de los pacientes permitiendo que la persona pueda pasar a otras escenas, más allá de la situación de enfermedad. De aquí se extrae la hipótesis de base del dispositivo: existe otra escena más allá de la enfermedad que está implicada en la problemática actual del paciente y que está cargada libidinalmente; al adherirse estos contenidos a la cadena discursiva se puede lograr que algo del

goce condensado en la enfermedad se disipe a esa otra historia o escena, obteniendo ciertos efectos, entre estos: efectos apaciguadores.

Como antecedentes a este trabajo se encuentran la tesis de Daniel Oleas: *El rol del Psicólogo Clínico en las Instituciones* (Oleas, 2011) y la de Cristina Barredo: *Propuesta de atención psicológica a madres del área de pediatría de Solca* (Barredo, 2012). A diferencia de los trabajos anteriormente realizados, esta investigación busca proporcionar un conjunto teórico-técnico sólido y sistematizado sobre tres aspectos importantes a considerar en un dispositivo de atención dentro de una institución hospitalaria: la teoría, la técnica, y la metodología presentadas en forma depurada y sistematizada. Cabe recalcar que estos tres aspectos mencionados anteriormente se han venido puliendo desde que inició la práctica en dicha institución y son susceptibles al cambio, es decir, se actualizan constantemente.

La importancia del tema de investigación radica en dos aspectos. En primer lugar porque tiene como base el siguiente objetivo: la fundamentación y sistematización teórico-técnica de la propuesta aplicada en SOLCA, la cual está pensada a partir de la idea de promover la dignidad del sujeto. Tanto la depuración como los alcances y efectos obtenidos a partir de la aplicación, conllevan a la validación de la técnica lo que va a permitir obtener los efectos esperados a nivel del sujeto, de la institución y de la sociedad. En segundo lugar la elaboración de un documento que proporcione en forma sistematizada los aspectos teóricos, técnicos y metodológicos permite un punto de partida más sólido para las futuras generaciones de practicantes en el campo de la aplicación terapéutica del psicoanálisis, es decir, el trabajo funcionaría como soporte teórico para las siguientes promociones de estudiantes.

Habiendo dicho lo anterior el objetivo central del trabajo es: Elaborar un texto sobre los aspectos teóricos, técnicos y metodológicos a considerar en un dispositivo de atención de psicoanálisis aplicado a la terapéutica, llevado a cabo en SOLCA. Los objetivos específicos que permitirán cumplir con el objetivo de la investigación pretenden abarcar la descripción del institucional en el que se enmarca el dispositivo de atención; exponer las condiciones bajo las cuales el dispositivo constituye una práctica de psicoanálisis aplicado a la terapéutica; sistematizar los fundamentos teóricos, técnicos y metodológicos del psicoanálisis que sean pertinentes al trabajo dentro de la institución hospitalaria; exponer el análisis de casos derivados de la práctica que sean pertinentes para ejemplificar y dar constancia del dispositivo de atención y exponer los resultados: alcances y limitaciones del dispositivo.

El trabajo tiene como base el fundamento epistemológico psicoanalítico que sostiene la categoría sujeto orientado por el paradigma de lo singular desde el cual se ofrece un lugar para el discurso y saber propio del sujeto. La metodología utilizada es por un lado el método clínico psicoanalítico: contrastación de la experiencia filtrada por el método con el marco teórico. Así mismo, se utilizó el método auxiliar de exégesis de textos y la técnica de la escucha, en la que se pudo constatar de los tropiezos y dificultades en el discurso de los sujetos.

CAPITULO I: DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL

Previo a la explicación sobre las cuestiones teórico- técnicas del dispositivo de atención en SOLCA, es necesario describir el contexto institucional en el que se enmarca el presente trabajo de investigación. Se procederá a describir brevemente las demandas de la institución, el trabajo dentro del servicio de psicología, el contexto en el que se enmarca dicha institución, y por último ciertos aspectos del rol del operador dentro de este contexto.

1.1 El servicio de psicología en SOLCA

La Sociedad de Lucha Contra el cáncer (SOLCA) es una institución hospitalaria de derecho privado con fines de servicio público, cuyo objetivo es la prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación de las enfermedades neoplásicas. Al igual que toda institución, SOLCA posee una directiva a cargo conformada por un comité ejecutivo donde el presidente es la máxima autoridad (Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo, 2011).

En el año 2005 se inauguraron las prácticas pre profesionales en el hospital de SOLCA, desde ese entonces, los estudiantes egresados de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil han contado con la posibilidad de realizar su labor en este establecimiento. El servicio de psicología del hospital está conformado por cuatro psicólogos, entre ellos, el psicólogo clínico Antonio Aguirre, quien desempeña la función de director de la práctica.

La institución cuenta con que la labor del servicio de psicología sea conocer e identificar las reacciones emocionales de los pacientes ante su situación física y distinguirlas de las que son expresión de un trastorno médico, psiquiátrico o psicológico. Esto también involucra que se proporcione el tratamiento psicológico adecuado a dichas reacciones, ya sea para el paciente oncológico o para sus familiares (Servicio de Psicología, 2010). Además, es parte de las políticas del hospital que los psicólogos y el personal profesional registren en una base de datos virtual un perfil que cuente con los datos personales y el diagnóstico de los pacientes.

El servicio de psicología se ocupa de atender individualmente a los pacientes y familiares que llegan derivados por los distintos departamentos del hospital. Dichos departamentos se ubican en diferentes pisos. En la planta baja se ubica el área de cuidados paliativos, donde los pacientes reciben medicación y distintos tratamientos para el dolor. En este piso también se encuentran las áreas de radioterapia, emergencia y quimioterapia ambulatoria. En el primer piso se encuentra ubicada el área de cirugía; aquí los pacientes serán o ya han sido intervenidos quirúrgicamente. En el segundo piso está ubicada el área de pediatría, exclusiva para niños y adolescentes hasta los dieciséis años de edad. Por último, en el tercer piso se ubica el área de hospitalización de adultos donde se encuentran los pacientes que permanecen internados para recibir quimioterapia.

Los pacientes suelen ser derivados por motivos de: diagnóstico y pronóstico médico que puedan ser difíciles de aceptar para las personas involucradas, resultando en manifestaciones de angustia, insomnio, dolor físico, etc.;

pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente y pacientes reticentes a recibir tratamiento o cirugía.

Ahora bien, en lo que respecta a la labor que llevan a cabo los practicantes, implica ofertar el servicio de psicología a los pacientes de las cinco áreas principales del hospital a las que son asignados: pediatría, cirugía, hospitalización, emergencia y quimioterapia ambulatoria. Previo al inicio de la práctica con los pacientes y posterior a la finalización de la misma se llevan a cabo reuniones supervisadas por el director de la práctica para discutir sobre los casos y los aspectos teóricos, técnicos, metodológicos y éticos del dispositivo de atención utilizado en SOLCA.

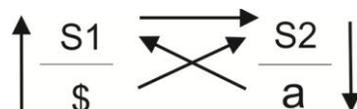
1.2 El contexto científicista y el discurso médico en el hospital

La sociedad actual está marcada por el desarrollo del mundo globalizado, es decir, por el avance de la tecnología y cómo esta influye sobre las formas en que las personas se comunican y los medios que se emplean para ello. Uno de los aspectos que la lógica de este nuevo orden exige es establecer estándares para el comportamiento humano bajo la evaluación de las estadísticas, provocando que lo más íntimo y particular del sujeto se deje de lado. En su texto *La ilusión del científicismo, la angustia de los sabios*, Eric Laurent (2011) menciona que las estadísticas de control y cálculo forman parte de los programas de los servicios de salud dentro de las instituciones y tienen como objetivo almacenar la mayor cantidad de información para llevar cada registro y

cálculo posible. En palabras de Laurent (2011, pág. 29): “La ilusión científicista consiste en soñar que un día, pronto, será posible calcular todo de una actividad humana reducida a comportamientos objetivables”.

En su artículo *La era del hombre sin atributos*, Jacques Alain Miller (2005) señala que el discurso del hospital, es decir, el discurso del modelo médico, intenta instaurar un mecanismo con el cual el médico ejerce un saber objetivo que desubjetiviza al paciente, reduciéndolo a un objeto de investigación, diagnóstico y tratamiento. Para contextualizar lo anterior es necesario hacer alusión al discurso del amo de Lacan (1992) propuesto en su seminario *El reverso del psicoanálisis*. De este trabajo se puede extraer la premisa de que el hospital se maneja bajo el discurso universitario de la medicina, el cual, es el heredero del discurso del amo. En relación a esto, José Andrés Mogrovejo (2012, pág. 9), en su trabajo sobre *Manejo crítico de información confidencial en el marco de la institución hospitalaria* señala que el discurso del amo es el “(...) discurso del poder que somete al sujeto al silencio”, exigiéndole convertirse en un modelo adaptado al sistema del organismo institucional.

En el texto *Los cuatro o cinco discursos y la crisis en el lazo social* Jorge Marugán (2011) explica el matema de Lacan (1992) sobre el discurso del amo:



(...) el significante amo o significante sin sentido (S1) ocupa el lugar del agente deseante que interpela y pone a trabajar al significante del saber (S2) que

producirá para él un objeto plus de goce (a) como respuesta a ese deseo, siendo la verdad del amo su propio barramiento como sujeto. (Marugán, 2011, pág. 1)

En el discurso del amo el sujeto se encuentra en el lugar de la verdad, aplastada por el significante amo que la oculta. En relación a esto Miller (2008, pág. 8) menciona en su seminario *Cosas de finura* que “El discurso del amo supone una identificación del sujeto por un significante Amo. Este significante amo (S1) puede tomar el valor de ser la cifra, condición de la evaluación, es también la explicación y la categorización”. De esta manera el discurso del amo produce un cierto número de categorías clínicas, dadas por el saber psiquiátrico, médico etc.; dichas categorías son avaladas por el discurso universitario, que en estos dispositivos están representados por la nosografía del DSM-IV, de lo que se obtiene, tal como Miller (2008, pág. 6) lo llama: “(...) una clínica del amo”. En referencia a esto Daniel Oleas (2011) en su trabajo sobre *El discurso* señala que el psicólogo sería conducido a legalizar dichas categorías aportando refuerzos desde su saber, acerca de la causa de los síntomas de los sujetos, que ponen en riesgo a la institución, de manera que el psicólogo respondería al amo, en lugar de preguntarse sobre lo que hay del otro lado del síntoma. El discurso del amo promueve entonces la búsqueda de sentido ubicando al psicólogo en la posición de saber, de aquel que va a componer al sujeto reinsertándolo en la sociedad.

La clínica está estrechamente vinculada con la ética. De acuerdo con Miller (2009) al psicólogo no le corresponde insertarse en el lazo social que prescribe el discurso del amo. El reto consiste en no alienarse por completo al discurso médico y poder lograr una atención que apunte a un trabajo psicológico que

aporte en la medida de lo posible al equipo médico, pero que también favorezca las demandas de cada persona.

Cabe recalcar que Lacan (1992) enfatiza la creación de un espacio en el que se tome en cuenta la subjetividad del paciente, ya que toma como punto de partida la siguiente conjetura: el paciente es quien tiene el saber sobre lo que le ocurre.

1.3 El rol del operador dentro del marco institucional

La palabra *operador* que enmarca el título del presente acápite posee su justificación. A lo largo de la construcción del dispositivo de atención en SOLCA, se llegó a la conclusión de que dicha propuesta formaba parte de lo que se denomina como psicoanálisis aplicado a la terapéutica. A partir de esto, la justificación de esta palabra se halla en lo que Rosario Herrera (2011, pág. 1) explica a partir de Lacan: "(...) es preciso que un operador, el sujeto-supuesto-saber (el analista), que por no saber nada y profesar la docta ignorancia, posibilita que un significante pueda llegar a significar cualquier cosa". Por otro lado, a pesar de que en el capítulo III se exponen los argumentos a partir de los cuales los practicantes se ubican como analistas en formación durante la práctica de la experiencia, esto aún no queda totalmente delimitado, por lo que se ha escogido utilizar la palabra *operador*. El término operador encuentra su origen en el vocablo latino: operator (Definición.DE), que significa "el que hace", en este caso, se podría dejar establecido que en esta experiencia, se trata de un operador en tanto es el que da apertura a la posibilidad de un espacio para el discurso del sujeto.

En el capítulo tres se expondrán las condiciones bajo las cuales esta propuesta, constituye o no, un asunto de psicoanálisis aplicado a la terapéutica, y si los practicantes de dicho dispositivo pueden o no, ser considerados como operadores de esta experiencia.

Para empezar, tomando como referencia el acápite *La psicología y la teoría psicoanalítica*, Néstor Braunstein (2003) señala que el psicólogo trabaja con la palabra del sujeto desde un lugar donde permanece en silencio ya que responder a una demanda significaría eliminar la posibilidad de que el sujeto elabore algo acerca de su malestar y de que alguna pregunta o cuestión pueda manifestarse a lo largo del trabajo. Desde esta perspectiva, el operador de psicoanálisis aplicado considera que es el propio sujeto quien tiene el saber de lo que le ocurre. En este sentido, se debe ubicar el malestar que nombra al sujeto como punto principal para iniciar un trabajo. En cada caso la técnica será la misma pero el trabajo apuntará a lo singular de cada sujeto, a su síntoma.

De acuerdo con Gloria Benedito (2003, pág. 407):

El rol es una serie de comportamientos o conductas manifiestas que se esperan de un individuo que ocupa un determinado lugar o status en la estructura social; lugares asignados que los sujetos vienen a ocupar y que los preexisten, lugar de un sujeto ideológico, conductas que no son producto de decisiones asociadas a ese lugar que se viene a ocupar y que son internalizadas en el proceso de sujetación del individuo en la estructura.

Bajo esta perspectiva, el rol del operador oscila entre la demanda que exige la institución, es decir, los requerimientos institucionales y la demanda (el malestar) del sujeto de la práctica. La demanda institucional implica el rol asignado (Benedito, 2003) en un espacio reglado por la ciencia médica en la que todos deben cumplir con una uniformización, es decir, cumplir con la norma ideal. Se podría decir entonces que en algunos casos la psicología y otras ciencias afines se han vuelto una práctica burocratizada. No obstante, Gloria Benedito (2003) propone otra alternativa. Para ella la posibilidad del rol del operador radica en conocer el rol asignado sin abolirlo pero pudiendo discriminar entre lo que es posible y lo que no es posible de asumir partir de una decisión ética, abriendo la posibilidad hacia una práctica diferente. “Aquí entra en juego la propia subjetividad del psicólogo donde deberá diferenciar la ética, de los manuales deontológicos de la praxis; introyectando las pautas dadas.” (Oleas, 2011, pág. 17).

En referencia a Bataille (Mier, 2001), Daniel Oleas (2011, pág. 17) resalta que el rol posible, a partir del trabajo en un hospital, entra en lo que se denomina la transgresión, ya que ésta no implica salir de los límites de lo permitido, entrando en lo prohibido, sino “(...) rondar los linderos, encontrar los pequeños espacios fuera de la vigilancia y del control, contemplando la demanda de la institución y la demanda del paciente, si es que hubiese”.

A partir de la oferta del servicio de psicología en SOLCA, se intenta conseguir que el paciente tenga un lugar en el que pueda hablar y donde se toman en cuenta sus dichos, de manera que exista la posibilidad de que el paciente se ubique en una posición más activa con respecto a su enfermedad, su pasado y su vida misma.

El trabajo del psicólogo en los hospitales consiste en conocer el rol que se le designa como parte del sistema social. No hay que intentar superarlo o abolirlo sino llegar a un acuerdo; aprender a reconocer a la institución y sus demandas. Tal como lo menciona Oleas (Oleas, 2011, pág. 18): Reconocer esto abre una brecha que posibilita “(...) articular un modus operandi que dependerá del psicólogo; el lugar y la función que le va a dar a su espacio de trabajo”, un lugar que tiene un ideal: un lugar para que la singularidad sea posible.

Un ejemplo de lo anterior es el tema de la demanda de ingresar datos privados del paciente. En este caso el operador responderá a lo que se le solicita, procurando siempre cumplir con las normas éticas de confidencialidad; pudiendo optar por utilizar una jerga más general que afecte menos al paciente; esto puede ser: ansiedad, conflicto familiar, etc. Así mismo, se aprendió a reconocer cuál es el momento apropiado para realizar una entrevista, un momento en el cual no se trata de importunar, insistir o presionar, sino que, maniobrando entre la demanda del paciente y la de la institución, dirigirá al sujeto a elaborar a partir de su propio discurso, de sus silencios, etc.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Desde que las prácticas pre profesionales iniciaron en el área de psicología en SOLCA, una nueva propuesta empezó a pulirse hasta la actualidad. A medida que este modelo de atención se elaboraba y se llevaba a la práctica, surgió evidencia de que este podía constituir una experiencia de psicoanálisis aplicado a la terapéutica.

Aunque es refutable el hecho de que el dispositivo sea o no una praxis de psicoanálisis aplicado, en el presente capítulo se establecerán las condiciones bajo las cuales el dispositivo es válido como una práctica de psicoanálisis aplicado a la terapéutica. Previo a esto, es imprescindible exponer las diferencias entre psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia, dadas las confusiones que se han generado a lo largo de los años con respecto a los alcances y límites de cada una.

Así mismo, se describirán los conceptos seleccionados de la teoría psicoanalítica que forman la base de la propuesta utilizada en SOLCA.

2.1 Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia.

En el *Acto de Fundación* (1987) Jacques Lacan establece una sección de psicoanálisis puro y otra de psicoanálisis aplicado para el estudio de diversos problemas del psicoanálisis (Rubistein, *Los modos de aplicación del psicoanálisis*, 2003). La sección de psicoanálisis puro se ocupará de la “(...) praxis y doctrina del psicoanálisis propiamente dicho, el cual es, y no es otra cosa (...) que el psicoanálisis didáctico.” (Lacan, 1987, pág. 1). La sección de psicoanálisis aplicado: “Lo que quiere decir de terapéutica y de clínica médica” (Lacan, 1987), incluye grupos médicos y se espera que esté en condiciones de contribuir a la experiencia psicoanalítica.

Apropósito del *Acto de Fundación*, Adriana Rubistein (2003, pág. 1) aclara lo siguiente:

Cabe destacar el valor de estudio que Lacan espera de cada una de las secciones, la puesta a prueba de los conceptos psicoanalíticos en distintas condiciones, sin que de ello desprenda la idea de que se trata de dos psicoanálisis o de dos prácticas cualitativamente distintas.

Algunos autores resaltan que el auge de las prácticas psi, entre ellas las psicoterapias que se inclinan al psicoanálisis, condujo a un replanteo sobre la diferencia entre psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado a la terapéutica y psicoterapia. María Hortensia Cárdenas (2004, pág. 1) subraya que dichas psicoterapias han provocado que el título de psicoanalista corra el “(...) riesgo

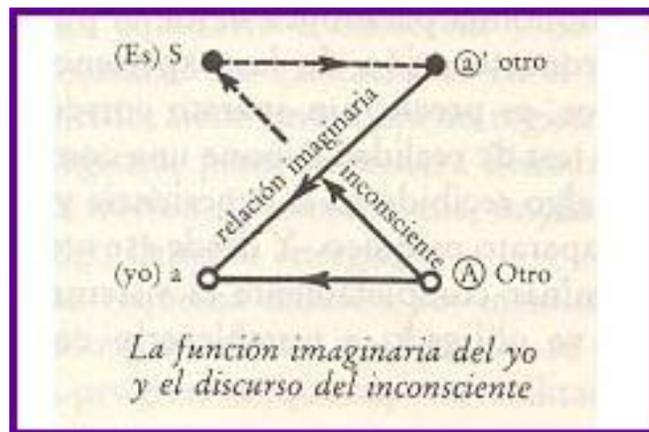
de ser utilizado por quien no está calificado para ello. (...) Se pretende extender el predicado psicoanalista como una función más de los psicoterapeutas”. Respecto al tema, Jacques Alain Miller (2001, pág. 9) señala que la confusión en la que hay que detenerse no es tanto entre psicoanálisis puro y aplicado:

(...) en ambos se trata de psicoanálisis...Lo importante verdaderamente es lo que en nombre de la terapéutica, confunde lo que es psicoanálisis de lo que no lo es. Lo que hace falta es que el psicoanálisis aplicado a la terapéutica... se preocupe por su identidad psicoanalítica.

Antes de mencionar las características básicas del psicoanálisis puro y aplicado a la terapéutica es necesario definir el concepto de psicoterapia. La psicoterapia es un tratamiento que utiliza como instrumento de curación el proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo (paciente o cliente) que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos. (Feixas & Miró, 1993)

En relación a lo anterior, en *Televisión* (2012) Lacan señala que al igual que el psicoanálisis, las terapias de inspiración analítica utilizan la práctica de la palabra, es decir, no hay necesidad de la operación analítica para que una relación transferencial se instale. En referencia a la terapéutica descrita por Sigmund Freud, Joseph Attié (2002, pág. 1) indica que la psicoterapia es definida como catártica: “Se trata de abreaccionar las emociones que han sido vividas y que no han podido ser expresadas en su momento, y encontramos en este fundamento el principio de una multiplicidad de terapias llamadas de

inspiración analítica”. Miller (2001) declara que la psicoterapia se inscribe en el discurso del amo, ya que esta no se plantea la cuestión del goce; la omnipotencia del Otro es preservada a ese precio. De acuerdo a Antonia García (2011, pág. 1): “Se podría decir que el sujeto reclama una identificación y la psicoterapia privilegia la identificación al precio de arrinconar al fantasma”. Tomando como referencia el esquema L (2012) de Lacan, las psicoterapias se ubicarían en la vertiente imaginaria del cuadro, de manera que la relación especular entre terapeuta y paciente es la base fundamental para que el amo asegure al sujeto una forma de identificación, dejando de lado la producción del sujeto del inconsciente.



“Hay que ir más allá del síntoma para atravesar el fantasma” (García A. , 2011, pág. 1). La diferencia entre psicoanálisis y psicoterapia depende de la respuesta del Otro: en la psicoterapia el Otro es el amo que asegura al sujeto una forma de identificación, mientras que lo que puede permitir un viraje de la terapia al análisis, es la existencia de Otro que no sepa, que no sea todo saber.

Para continuar se puede plantear la siguiente interrogante: ¿qué diferencias y similitudes existen entre psicoanálisis puro y aplicado a la terapéutica? En cuanto a las diferencias, el psicoanálisis puro supone ir más allá del síntoma, atravesando el fantasma para acceder a lo real (Castaño, 2007).

En su conferencia *Joyce, el síntoma* (2006) Lacan introduce el término Sinthoma. Este término es distinto al síntoma en el inicio de un análisis, ya que este, bajo transferencia, se elabora a lo largo de la cura; no está constituido ni al inicio, ni en el medio del análisis; mientras el sujeto trabaja en su análisis, el síntoma continúa elaborándose. “Podemos entonces conjeturar que al final del recorrido, en el fin de un análisis, una vez salido de la transferencia, el síntoma puede ser dicho: Sinthoma” (Attié, 2002, pág. 2), es decir, que el Sinthoma es el síntoma elaborado a lo largo de un análisis, que supone la integración del fantasma y de su atravesamiento, de manera que el sujeto sepa hacer con sus restos sintomáticos.

No obstante, en su última enseñanza, Lacan menciona que el saber que ha sido elaborado en el análisis no es otra cosa que un cierto sentido que permanece excluido de lo real (lo real está excluido del sentido), ya que ubicar saber sobre lo real, saber que hace sentido para el sujeto, lleva a una metáfora, es decir, el sujeto sale de su análisis con una metáfora sobre lo real, un efecto de sentido. Lacan propone entonces llevar al sujeto hacia un real fuera de sentido, es necesario buscar lo real en todo (Miller J. A., 2012). Se trata entonces de un psicoanálisis fuera del sentido, siendo así, la disyunción entre psicoanálisis puro y aplicado comienza a desvanecerse.

Lacan (2005, pág. 721) define al psicoanálisis como método de investigación: “(...) ese método que procede al desciframiento de los significantes”, significantes sin ningún sentido que se encuentran capturados en el síntoma. El psicoanálisis es puro en tanto funciona el discurso analítico, el análisis ha llegado a su fin y es posible investigar sus resultados. “No siempre que se instale el discurso analítico está asegurado que el proceso llegará a su fin” (Rubistein, 2003, pág. 2). No se puede saber en un comienzo si el análisis conducirá al Pase, lo que quiere decir que la designación de psicoanálisis puro es a posteriori de la experiencia, mientras tanto se está sobre el terreno del psicoanálisis aplicado (García L. , 2008).

Por último, Lacan acentúa el elemento terapéutico del psicoanálisis cuando dice que el análisis tiene efectos beneficiosos, sin embargo, no duran más que un tiempo. “Eso no impide que sea un respiro y que es mejor que no hacer nada” (Miller J. A., 2001, pág. 18).

Con respecto al psicoanálisis aplicado, Lacan (2005, pág. 723) señala: “El psicoanálisis solo se aplica, en sentido propio, como tratamiento, por lo tanto, a un sujeto que habla y oye”. A pesar de las diferencias, el fundamento del psicoanálisis aplicado a la terapéutica no es otro que el psicoanálisis puro: “El psicoanálisis aplicado debe diferenciarse de la terapéutica y seguir siendo psicoanálisis (aunque en una forma restringida) para que no termine siendo un tipo de psicoterapia” (Cárdenas, 2004, pág. 1).

En *La comisión de la garantía* (2013, pág. 1) Lacan declara que “El psicoanálisis como experiencia original (...) es esencial aislarlo de la terapéutica

(...) no hay ninguna definición posible de la terapéutica que no sea la restitución de un estado primero. Definición justamente imposible de plantear en psicoanálisis”. Attié (2002) agrega que este retorno a un estado anterior a la aparición de la enfermedad está en el fundamento de la idea de curación, es decir, del lado del síntoma se espera un cierto bienestar, un cierto alivio, una forma de cura, incluso si el riesgo es que no dure demasiado. Entonces, el psicoanálisis aplicado a la terapéutica se aplica al síntoma lo cual produce efectos que alivian. Adriana Rubistein (2013, pág. 1) agrega algo valioso:

Hay numerosas referencias tanto en Freud como en Lacan que redefinen y recuperan la dimensión terapéutica del psicoanálisis mostrando que no se trata de recuperar un bienestar perdido. Quizás lo terapéutico pasa para el psicoanálisis por hacer posible una reducción del sufrimiento sabiendo de lo imposible de su eliminación. Lo terapéutico del psicoanálisis es efecto entonces de esa operación sobre el goce producida por la vía de la palabra que “resitúa a la gente en su deseo” (Lacan, 1962). No se trata de la adaptación ni del bienestar sino de apuntar “hacia lo que campaneaba, lo que vibraba en el centro, el nudo libidinal” (Lacan, 1962).

En relación a este tema Miller, (2001, pág. 15) establece: “Allí ya no se trata del psicólogo, devenido ese “especialista de escucha” que es enviado en una situación de urgencia para hacer hablar a un traumatizado, sino del psicoanalista formado como tal que, en su práctica, obtiene casi siempre efectos terapéuticos”, vale decir, por añadidura. Attié (2002, pág. 3) agrega a lo anterior: “(...) es con la condición de captar bien que se trata de una terapia conducida por un analista según la estructura y la lógica del psicoanálisis”. La terapia conducida por el psicólogo es algo totalmente diferente, ya que se ubica

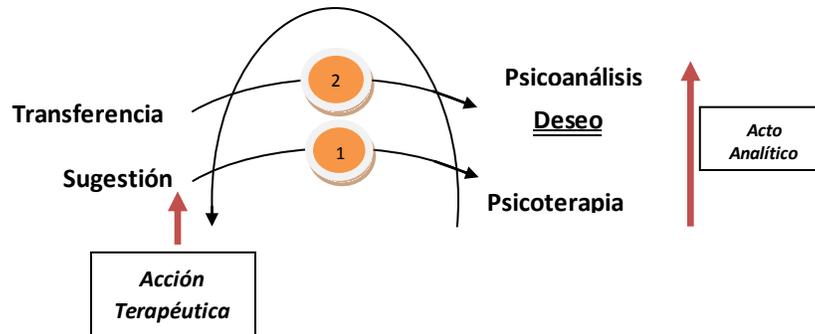
y se piensa como psicoterapeuta. Esto equivale a decir que le confirma al sujeto que el síntoma es realmente lo que no va.

Ni el psicoanálisis puro ni el psicoanálisis aplicado a la terapéutica intentan anular el síntoma. En ambos sucede que hay un analista y algo de su deseo opera en la producción de un sujeto, en la medida en que se admite la cuestión del goce y no se hace consistir al Otro; ambos tienen su punto de partida en la transferencia; para ambos, curar no tiene sentido ya que en el campo del inconsciente es la pulsión la que funciona buscando siempre un plus de gozar. Lacan insistió en que el motor de la cura es la suposición transferencial de saber. Dicha suposición de saber es inducida por el acto analítico. A continuación el aporte de Antonia García (2011, pág. 1):

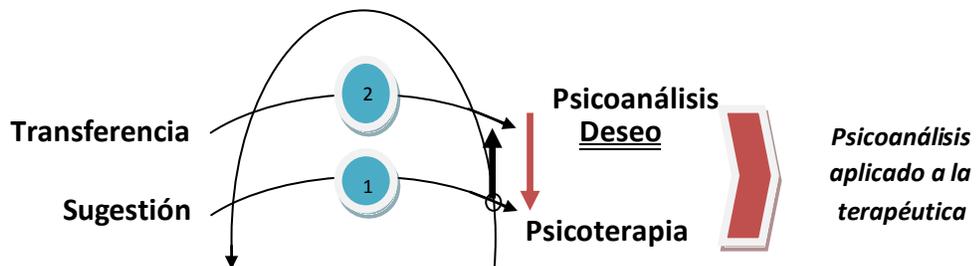
A partir de que el analista pone en juego su deseo, deseo de hacer semblante de saber, para que emerja el saber inconsciente del sujeto. De esta forma posibilita el viraje de la demanda de curación al deseo de saber, para que emerja en el sujeto, la verdad que subyace en su síntoma. Un analista deberá crear las condiciones para que el sujeto consienta en interrogar a sus síntomas. El analista orientado por su propio análisis, pone en juego su deseo, haciendo posible el encuentro con el sujeto del inconsciente, más allá de las instituciones.

Tomando como referencia el grafo del deseo de Lacan (1995), las psicoterapias se ubicarían en el piso inferior del grafo, a nivel de la sugestión, donde el goce y la inconsistencia del Otro no son planteados. Lacan ubica a la transferencia en el piso superior del grafo, sin embargo, siendo la psicoterapia una práctica de la palabra, esa transferencia es cuestionada, aunque tiene su validez, en tanto transferencia imaginaria donde la cuestión del deseo no está apagada por la

respuesta del goce; la psicoterapia en ese sentido es catártica, terapéutica. Por otro lado, en psicoanálisis el Otro es aquel que reenvía al sujeto a sus propios significantes y no se ubica en el discurso del amo, sino como semblante; esto abre la posibilidad a que el sujeto se dirija hacia su deseo (Attíe, 2002).



Miller (2009) señala que el psicoanálisis aplicado a la terapéutica tiene sentido cuando pasa del nivel dos al nivel uno del grafo, en tanto sigue siendo un asunto del psicoanálisis, es decir, hay una explicitación del deseo pero se restringe a la acción terapéutica. Esto quiere decir que hay acto analítico, pero esbozado; autoriza tanto el hacer que es aquel del sujeto y la asociación libre de la palabra, pero sin atravesar el fantasma.



Por último, Attíe (2002) plantea que la diferencia entre psicoanálisis puro y psicoanálisis aplicado a la terapéutica reside en la posición del analizante

respecto de su síntoma y de su fantasma, así como en la posición del analista, en lo que ha operado en él como deseo del analista.

Es al fin de cada cura que el analista podrá decir cuál es el tipo de psicoanálisis que ha sido puesto en juego. Esto nos conduce a una paradoja. Si queremos positivizar la terapéutica, solo podemos hacerlo a condición de conducirla desde una posición analítica. (Attié, 2002, pág. 2)

2.2 Dispositivo de atención en SOLCA

Adriana Rubistein (2003) comenta al respecto de la complejidad del tema en lo referente al psicoanálisis aplicado a la terapéutica y habla acerca de *los modos de aplicación del psicoanálisis* según las condiciones en que este se aplique, las demandas de que se trate y si funciona o no el discurso analítico. Si se toma como punto de partida el encuentro con un psicoanalista a partir de una demanda terapéutica (no precisada como demanda de análisis) habrá casos en que dicho encuentro se mantenga en el marco de las entrevistas preliminares sin que el tipo de demanda o la posición del sujeto den lugar a la instalación del discurso analítico en su forma más pura. Aquí se pueden incluir los casos referidos por Miller (1999, pág. 10) en *Las contraindicaciones al tratamiento analítico* en los que hay analista pero no discurso analítico, sin embargo, tampoco se trata de hacer psicoterapia. No está asegurado "(...) el oro puro del psicoanálisis" pero se mantiene lo esencial: la operación: el deseo del analista. Para Rubistein (2003) esto es un modo de psicoanálisis aplicado, dentro del dispositivo, pero sin entrada en análisis.

Entonces, modos de aplicación del psicoanálisis serían también aquellas intervenciones producidas por fuera del dispositivo analítico e incluso por fuera de condiciones terapéuticas. “(...) intervenciones en guardia, en interconsultas, en escuelas, en juzgados y en todas aquellas condiciones en que por fuera del discurso, el analista pueda hacer lugar a la singularidad del sujeto, aun cuando no se trate de la iniciación de un análisis” (Rubistein, 2003, pág. 2).

En todas las aplicaciones de psicoanálisis hay algo en común: en todas existe un psicoanalista y algo de su deseo opera en la producción de un sujeto. Puede que no haya discurso analítico pero en la medida en que hay un psicoanalista que no desconoce al sujeto en su enunciación y que no contribuye al desconocimiento del síntoma como lo más singular de cada uno, se está sobre el terreno del psicoanálisis.

Habiendo establecido lo anterior, el dispositivo utilizado en SOLCA cumple las condiciones para operar como psicoanálisis aplicado a la terapéutica. Si bien los operadores son estudiantes egresados de la carrera de psicología, la formación que se imparte en la carrera ha sido de orientación psicoanalítica. Por otro lado, la mayoría de los practicantes son analizantes y existe un psicoanalista que forma parte de una escuela y que supervisa la práctica en el hospital. Así mismo, en el *Acto de Fundación* de su escuela, Lacan (1987) abre un departamento para la investigación de la aplicación de psicoanálisis a la terapéutica y da apertura en él para los practicantes en formación; Lo fundamental es que quien practica el psicoanálisis aplicado tenga su formación sólidamente sustentada en su propio análisis. Al respecto del tema Elisa Alvarenga (2007, pág. 1) menciona que dentro del campo del psicoanálisis

aplicado, no se trata de conducir un tratamiento psicoanalítico hasta su final, con efectos de formación para el analizante, sino de “(...) llevar al paciente a un punto de resolución o de satisfacción relacionado al problema que vino a tratar. La salida está articulada a la entrada. El tratamiento de corta duración se cierra con un número de sesiones necesario para completar un ciclo, resolver un problema, recolocar sus coordenadas, abrir una pregunta”.

Hilario Cid (2007, pág. 1) en referencia a Miller menciona:

(...) elegir a un joven analista en formación para que trabaje en un CPCT, es un modo de selección, porque el CPCT pertenece a la Escuela y por tanto la Escuela da garantías de la idoneidad de los que trabajan en los Centros. Así nuestros Centros de Psicoanálisis Aplicado, nuestros CPCTs, son al mismo tiempo lugares de formación y de selección, si bien en otro estrato que el del final de análisis.

Si bien no ocurre que el servicio de psicología del hospital SOLCA forme parte formalmente de un CPCT (Centro de Psicoanálisis Aplicado a la Terapéutica), la técnica, la metodología y la ética con las cuales se fundamenta el dispositivo de atención en SOLCA tienen como base al psicoanálisis aplicado a la terapéutica.

En *Cosas de finura*, Miller (2008, pág. 1) propone que el psicoanálisis aplicado es un *esbozo del acto analítico*, no el acto analítico desarrollado susceptible de conducir al final del análisis:

El acto analítico, como sabemos, es distinto de toda acción, el acto analítico no consiste en hacer, el acto analítico consiste en autorizar el hacer que es aquel del sujeto. El acto analítico, es como tal un corte, es practicar un corte en el discurso, es amputarlo de cualquier censura, al menos virtualmente. El acto analítico, es liberar la asociación, es decir la palabra, liberarla de lo que la constriñe, para que se despliegue libremente. Y entonces constatamos que la palabra liberada hace volver recuerdos, que pone en presente al pasado, y que dibuja a partir de allí un porvenir. Este acto, el acto analítico, depende del deseo del analista, este acto es el hecho del deseo del analista.

Estos actos analíticos esbozados no llegarán tan lejos como los actos analíticos desarrollados, sin embargo, se fundamentan en algunos aspectos del discurso analítico: No se trata de hacer terapia en la medida en que se rectifiquen identificaciones a sujetos desviados; se trata de ir y apostar al sujeto; se trata de apuntar a la singularidad.

Es importante señalar que el dispositivo de atención en SOLCA no responde a las necesidades del paciente sino que se presta atención a lo que se dice, apuntando a que él mismo pueda reconocer que existe algo más detrás de la enfermedad que lo aqueja. El dispositivo se maneja con entrevistas preliminares y durante éstas es posible que el paciente se tope con un significante al cual no encuentra sentido, con una dificultad u obstáculo (objeto a). En este caso, el paciente puede decidir si continua por la vía de querer saber con respecto a eso o no asumir una implicación en ello; reconocer o no que existen otras cosas detrás; aceptar o no el pasaje a otras escenas. El psicólogo no insiste cuando la decisión del sujeto es la desimplicación, intenta ser prudente y neutral en todo momento, sin presionar en la dificultad o el relato. Esta práctica no se basa en lo real como ideal, ni de ir de frente contra eso. No se trata de que se dialectice

la escena primaria, hay que recordar que el paciente no entra en análisis; de lo que se trata es de que el paciente logre dialectizar sobre sus obstáculos, o al menos que estos queden en el plano de lo que no puede decir, de que hay algo que posee una dificultad en su historia.

Tomando como referencia la frase de Lacan (1975, pág. 1) con respecto al psicoanálisis aplicado: “Si el analizante está contento de vivir, hay que dejarlo partir”. Se podría destacar que no es necesario atravesar el fantasma y llegar a un fin de análisis (sinthome) en un psicoanálisis puro para que existan efectos terapéuticos que permitan al paciente poder hacer con su vida y en ese sentido el psicoanálisis aplicado a la terapéutica tiene su validez.

2.3 Conceptos del psicoanálisis utilizados por el dispositivo

2.3.1 Lo inconsciente

Existen fenómenos que se presentan en la vida cotidiana, de los cuales la conciencia no es testigo, sin embargo, insisten, haciendo notar que hay algo desconocido que no está en el ámbito de la conciencia. A esto que insiste, Freud (1992) lo llamó inconsciente. El inconsciente es una de las instancias del aparato psíquico y está caracterizado por la ausencia de contradicción, por la atemporalidad, la sustitución de la realidad exterior por la realidad psíquica y está regido por los mecanismos de desplazamiento y condensación.

Freud (1992, pág. 39) justificará la existencia de esta instancia por considerar que: “Los datos de la consciencia son altamente incompletos (lagunosos)” y que a menudo se presentan actos que no se pueden percibir, que se dan fuera de la consciencia. Estos actos tienen un contenido inconsciente, contenido rechazado por la censura por ser considerados inaceptables o perturbadores para el yo. Por otro lado, estos contenidos inconscientes serán representantes de la pulsión, en tanto que ésta solo se encuentra en el inconsciente por medio de sus representantes. Respecto a esto, Freud (1992) dirá que una pulsión no podrá pasar a la consciencia a no ser por la representación que es su representante; tampoco en el interior de lo inconsciente puede estar representada si no es por la representación.

Las representaciones son investiduras de “huellas mnémicas” (Freud, 1992, pág. 42). Estos contenidos investidos pueden tener una carga muy fuerte y logran pasar a la consciencia por la vía de la condensación o del desplazamiento, mecanismos por los cuales se manifiestan. A estas manifestaciones o “retoños del inconsciente” (1992, pág. 46) se les dará el nombre de “formaciones sustitutivas”, o del inconsciente; entre estas formaciones se encuentran el lapsus, el chiste, los sueños, el acto fallido, el síntoma, etc. (Freud, 1992)

Lacan (1987, pág. 9) retoma el término de lo inconsciente en su retorno a Freud, y lo articula a la lingüística para caracterizarlo. Dirá que “el inconsciente está estructurado como un lenguaje”, compuesto por significantes y significados, los cuales formarán una cadena de significantes. También dirá que los mecanismos freudianos antes mencionados, de las formaciones del

inconsciente, en su teoría serán comparables a los del lenguaje y los llamará metáfora y metonimia.

Refiriéndose a Freud, Lacan afirma: “Fue mientras él escuchaba a las histéricas cuando leyó que había un inconsciente” (2008, pág. 1). Pues bien, es que para los dos “el inconsciente es un saber que se puede leer” (Aromí, 2010, pág. 1), eso se puede corroborar en la clínica: al realizar interpretaciones, el paciente tiene la posibilidad de realizar una elaboración sobre lo que le acontece, de manera que puede vencer ciertas resistencias.

En la experiencia analítica, es a través de la palabra que el inconsciente es producido, irrumpiendo en el enunciado del discurso del sujeto y causándole una división. Es por esto que Lacan ubica al inconsciente al nivel de la enunciación, en donde se produce la palabra plena y es donde se habla del deseo (Lacan, 1987).

“El inconsciente lacaniano tiene el sentido de un <no está escrito>” (Miller J.-A. , 2008, pág. 1). En este punto se podría introducir el término “hiancia” al que Lacan (1987) hace referencia en su *seminario XI*. Hiancia puesta en evidencia por el inconsciente, en la cual se encuentra lo más singular de cada sujeto y por donde “la neurosis se conecta con algo real” (Lacan, 1987, pág. 9).

Esto que no está escrito y que remite a un real se traduce como “No hay relación sexual que pueda escribirse. Solo se escribe el saber inconsciente como discurso” (Brousse, 2012, pág. 189)

2.3.2 Trauma y fantasma

La noción de trauma ha sufrido algunas modificaciones a lo largo de su estudio, sin embargo, no deja de establecerse como una marca en el sujeto y de la que ningún neurótico está absuelto.

Freud (1992), a partir del discurso de sus pacientes, en un principio planteaba que la base de los síntomas histéricos eran el resultado de una vivencia sexual precoz (experiencias tempranas de “seducción” o abuso sexual), inadmisibles para el yo. Poco después se dará cuenta de que sus histéricas lo engañan, y que la escena de seducción no es más que una fantasía; elaboración a posteriori de frases escuchadas, o escenas vistas. Esta experiencia sexual no es de carácter traumático, sino hasta un segundo momento, después del tiempo de latencia, en la pubertad. Aparecerá un representante psíquico que va a entrar en conexión asociativa con la marca o la huella que dejó el episodio traumático. Este segundo tiempo en retroacción sobre el primero va a transformar al episodio en trauma (Delgado, 2011). En consecuencia, el sujeto no podrá acceder al conocimiento real de los hechos, ya que serán sometidos a la represión, y de la vivencia solo quedará, en el inconsciente, un recuerdo encubridor (Freud, 1995).

En *Más allá del principio del placer*, el concepto de trauma va a referirse a una exigencia pulsional, que Freud (1992) llamará pulsión de muerte. Así, el trauma quedará definido como una “ruptura del escudo protector del yo, inasimilable, que causa angustia, y que pone a trabajar todos los intentos de defensa posibles, en el mismo momento en que incluso el principio de placer quedaba fuera de combate” (Leys, pág. 5). Para Freud es a partir de esta experiencia

que el sujeto puede reconocer el peligro externo, pues para que el peligro exterior represente una amenaza para el yo es necesario que haya sido reconocido en relación con una situación vivida con angustia (Freud, 1992). Siguiendo la línea de Freud, Lacan retoma su obra y la relaciona con su teoría del significante. “Refiere estos dos tiempos del trauma a la bipolaridad significante, ya que se necesita de un segundo significante para encontrar la significación” (Cuñat, 1998, pág. 94). Sin embargo, el sentido sexual de lo anecdótico queda en segundo plano con la introducción del término *Tyché* como encuentro con lo real, siendo el sin sentido de este encuentro lo que queda del lado traumático (Lacan, 1987). Este mal encuentro enfrenta al sujeto con una falta de saber sobre el goce sexual. Aquí es donde Lacan (2008, pág. 74) indica su aforismo: “no hay relación sexual”, es decir, no se dispone del instinto para relacionarse con el Otro sexo, hace falta un significante que dé cuenta de esto (Miller J.-A. , 1998). Este imposible es lo que no cesa de no escribirse (Lacan, 1982).

2.3.2.1 El acontecimiento traumático, un tropiezo con lo real

En la experiencia clínica, a menudo se encuentran pacientes afectados por un acontecimiento inesperado que ha tenido un efecto de sorpresa, y que al presentarse en su discurso genera un tropiezo, una dificultad para poner en palabras lo insoportable.

Un acontecimiento, se revela traumático por la parte accidental que contiene; es vivido como un encuentro que irrumpe inesperadamente en la vida del sujeto, y

es justamente el aspecto incalculable el que hace que sus efectos no sean iguales para todos los que experimentan el mismo acontecimiento. En este punto, es donde no se puede dejar de lado la particularidad que está en juego en este encuentro, pues hay algo oculto que le concierne al sujeto (Briole, 1998).

Hay ciertos encuentros que han inscrito algo para un sujeto. Se puede decir que para todo sujeto hay encuentros que ha inscrito un elemento contingente y que ha sido determinante para lo que ha venido después, en el sentido en que esto ha condicionado una repetición. (Miller J.-A. , 1998, págs. 30,31).

Vale preguntarse ¿Qué es lo que le concierne al sujeto en estos acontecimientos? Pues bien, esta contingencia inscrita en los encuentros fija un modo de goce en el sujeto. A raíz de esto, no solo surge la repetición, sino también el síntoma; éste aparece en el lugar de la relación sexual como lo que no cesa de escribirse, como una manera de lidiar con la no correspondencia sexual (Miller J.-A. , 1998).

A menudo el acontecimiento se impondrá al sujeto de manera repetitiva, ya sea en sueños que reproducen la escena traumática, de los cuales Freud (1991) había notado en las neurosis traumáticas; en recuerdos, en actividades o situaciones que pongan en juego el acontecimiento; así como también se manifiesta en una actitud de alerta permanente para evitar el efecto sorpresa de un nuevo encuentro (Briole, 1998). Y es que Lo real insistirá siempre en repetirse, salvo que sea retomado en un lazo de palabra (Briole, 2012).

Muchos pacientes, tras haber sufrido esta ruptura del encuentro, pueden mantenerse en el silencio, callando sus síntomas por vergüenza o porque piensan que no podrán explicar su experiencia (Briole, 1998). Otros demandan el saber de un profesional respecto a la experiencia que han vivido, e incluso se ubican en una posición de víctima esperando que otro remedie lo que ha sufrido. Sin embargo, la clínica no debería estar ahí para reforzar esa posición, dejando de lado el goce que implica al sujeto en el acontecimiento, sino más bien, mediante la palabra bordear ese real, cuyo efecto terapéutico más óptimo sería un cambio de posición subjetiva.

Se debe tener en cuenta que el acontecimiento es susceptible de ser borrado, más no el trauma. El trauma inicial, que inscribe al sujeto en el orden del lenguaje (Briole, 2012) está velado por la pantalla del fantasma (Lacan, 1987). El fantasma protege al sujeto de lo real asegurando su relación con la realidad, dándole una estructura de ficción; así la realidad se presenta de una forma arreglada. Por esta razón no todos los encuentros son traumáticos (Briole, 1998).

2.3.2.2 Una pantalla a lo ominoso

El lugar de lo real va del trauma al fantasma -en tanto que el fantasma- nunca es sino la pantalla que disimula algo absolutamente primero, determinante en la función de la repetición (Lacan, 1987). Y es que está ahí, como se mencionó antes, para cumplir la función de velar la falta estructural y aportar sentido sexual, producto de la instalación de la metáfora paterna que trae consigo la significación fálica, sexual del deseo del Otro (Cuñat, 1998, pág. 94).

En la teoría Freudiana, el fantasma es llamado fantasía, y está definida como cumplimientos de deseo originados por una privación o anhelo. Son llamados también sueños diurnos. Las fantasías pueden ser conscientes e inconscientes, éstas últimas pueden manifestarse en síntomas (Freud, 1992). En el texto *Pegan a un niño*, Freud (1992) despliega fantasías infantiles, la cuales no solo las califica de fijaciones originadas en los primeros años de vida y que serían de carácter incestuoso, sino que reitera la satisfacción de un deseo, permitiéndole al sujeto recuperar o ganar cierto placer. Por otro lado, también pondrá en juego el sentimiento de culpa que surge en el sujeto en cuanto a su fantasía, la cual cae en represión y solo podrá devenir consciente por una construcción en análisis.

Si bien es cierto, estas fantasías, en cuanto permiten al sujeto satisfacer algo de su pulsión, lo protegen de la angustia, y del sentimiento ominoso que se deriva de lo real, y que Freud (1992, pág. 60) define como “aquella variedad de lo terrorífico que se remonta a lo consabido de antiguo, a lo familiar desde hace largo tiempo”. En este punto la noción de Fantasma y de fantasía cumplen la misma función: velar la falta que es el deseo del Otro; así como también mostrar una realidad arreglada en la que se pone en juego el deseo del sujeto (Quiroga, 2003).

El fantasma se escribe bajo la forma de la articulación entre el sujeto dividido por el significante y el objeto a, que representa el goce: ($\$ \diamond a$) (Naveau, 2012). Surge de la respuesta que genera el sujeto frente la incógnita del deseo del Otro “*¿che vuoi?*, ¿Qué me quiere?” (Lacan, 2005, pág. 14). En un principio, el niño se ubica como objeto que completa a un Otro que está en falta, queda pegado a su deseo; sin embargo, es necesario la intervención del significante

del Nombre del Padre, el cual generará un corte; y es que es importante que en algún momento el niño no colme al Otro, que siga en falta para poder generar la pregunta de lo que desea ese Otro de él y poder devenir como sujeto (Barrionuevo & Sanchez, 2013).

En un principio el infante está lleno de necesidades, la mismas que serán interpretadas por el Otro materno como demandas y a las cuales responderá; éstas le proporcionarán al niño una marca de satisfacción. A partir de estas repuestas, la madre introducirá al niño en el campo del lenguaje y de la demanda. En este punto, se genera un resto, el objeto pequeño *a*, no adherible a la demanda y que se convierte en causa de deseo. Es decir, el deseo surgirá en este cambio de necesidad a demanda, como falta de un objeto, falta inscrita en la palabra y efecto de la marca del significante en el ser hablante (Barrionuevo & Sanchez, 2013). “No hay objeto del que el deseo se satisfaga, aun si hay objetos que son causa del deseo” (Lacan, 1967, pág. 118).

El fantasma marca los límites de la escena en la cual se va a jugar el deseo para el sujeto y funciona allí como un regulador y soporte del deseo (Quiroga, 2003). “El fantasma le asegura al sujeto su posición en el mundo” (Naveau, 2012, págs. 143, 145). Esta posición se podrá ubicar en la clínica a partir de su discurso, así como también se puede notar en el despliegue de escenas de su relato; una construcción fantasmática que da cuenta de la realidad vista por el sujeto, una realidad marcada por el lugar que se ha ocupado en el fantasma materno.

A veces el fantasma falla, tambalea, y a consecuencia de esto la angustia invade al sujeto (Quiroga, 2003); sin embargo, la palabra estará ahí para bordear y tejer esta ruptura, generando un efecto. Por otro lado, Lacan plantea un atravesamiento del fantasma, al final del análisis, en donde una vez atravesada la pantalla imaginaria, se constituye el borde del vacío, de la ventana de lo Real (Angelo, 1998).

2.3.3 La angustia

Si bien la cuestión del fantasma conlleva a hablar del deseo, la angustia remitirá al objeto. En un principio, Freud (1992) dirá que la angustia es el motor de la represión, y no viceversa, dejando de lado su concepción anterior. La angustia será determinada como una reacción ante el peligro, y será reproducida cuando una nueva situación que amenace al yo vuelva a presentarse. Producto de esto habría dos posibilidades de emergencia de la angustia: la angustia automática y la angustia realista (Freud, 1992, págs. 26, 82).

La primera va a referirse a las reacciones del individuo frente a una situación traumática que lo deja indefenso ante una excitación intensa incapaz de tramitar, y la segunda se presentará como señal de un peligro exterior el cual es considerado como una amenaza real (Freud, 1992). Otra de las formas de angustia será llamada como angustia de castración, la cual es una angustia de separación del objeto (Freud, 1992). Estos tres casos tienen en común la función de la angustia como reacción frente a la ausencia del objeto, reacción del yo ante la angustia del peligro pulsional, así como también del peligro externo (Freud, 1992).

Es preciso aclarar a lo que Freud se refiere respecto al objeto de la angustia. Pues bien, lo ubica como objeto de la castración, enlazándolo a la dimensión de la pérdida. Respecto a esto dirá que más allá de la pérdida real del objeto, se trata más bien de la pérdida de amor de parte de éste: "La pérdida de amor como condición de angustia desempeña en la histeria un papel semejante a la amenaza de castración en las fobias, y a la angustia frente al superyó en la neurosis obsesiva" (Freud, 1992, pág. 36).

Por su parte, Lacan abordará la angustia por la vía del objeto *petit a*. Este objeto es lo que cae como resto libidinal no significantizable, producto de la constitución del sujeto en el lugar del Otro. También se lo establecerá como la presencia de un hueco entre el sujeto y el Otro, que cualquier objeto puede ocupar ya que es una función causa de deseo (Miller J.-A. , 2007).

Por esta razón, Lacan contrarrestará esto con la concepción antes planteada por Freud sobre la ausencia del objeto, aduciendo que es la presencia de éste lo que angustia, ya que está en relación con la falta. "Es la falta de la falta lo que angustia, es el vacío lo que hay que preservar" (Angelo, 1998, pág. 110).

Se definirá a la angustia como un afecto que no engaña (Lacan, 2005), pues dará cuenta de la presencia del deseo del Otro, y es este deseo el que angustia en tanto que el sujeto se convierte en el objeto que colma al Otro (Angelo, pág. 111); y es aquí donde la presencia del objeto cobra un valor traumático.

2.3.4 El síntoma y su formación

Como se ha venido planteando, el síntoma es una formación del inconsciente, una formación que se manifiesta a lo largo de la vida del sujeto y es de carácter interpretativo. Existen factores que se ponen en juego en la constitución del síntoma, Freud (1991) los denomina series complementarias y las utilizará para explicar la etología de las neurosis. Estas series serán descritas en la *conferencia 23ª* (Freud, 1991), en donde introducirá las relaciones entre estos factores y su respectiva descripción.

Series Complementarias



En un principio, Freud empieza a hablar de la libido fijada en las vivencias infantiles, en donde no operaba la represión, así como también “orientaciones pulsionales que el niño trae por disposición innata”, y cuya secuela denominará como “factor constitucional”; este factor a su vez se descompone en otros dos

factores: “la disposición heredada” y “la predisposición adquirida en la primera infancia” (1991, pág. 35).

En la disposición heredada se encuentran estas orientaciones pulsionales innatas en el niño, efectos de vivencias de sus antepasados, caracteres adquiridos y transmitidos por herencia (Freud, 1991). “El niño es portador de lo genético y de su prehistoria” (Gené, pág. 5), será determinado por sus genes y hasta por su novela familiar, los cuales aparte de determinarlo, cobrarán un valor significativo en su vida.

Por otro lado, la predisposición adquirida en la primera infancia se caracterizará por situaciones que se han desarrollado en los primeros años del niño, las cuales determinarán un modo de satisfacción (fijación libidinal) que buscará repetirse y que son susceptibles a una acción traumática a posteriori (Freud, 1991).

Otro factor de estas series es “la situación actual”, la cual va estar determinada por una situación actual que afecta al sujeto. Esta serie desencadenará lo que ya existe en él, actuando sobre el factor constitucional (predisposición), produciendo el síntoma e “incorporando nuevas inscripciones que van a resignificar la historia de una subjetividad” (Gené, pág. 7).

En esta misma conferencia Freud (1991) planteará el síntoma como una satisfacción sustitutiva por medio de una regresión de la libido a épocas anteriores, repitiendo una modalidad de satisfacción de la temprana infancia del

sujeto. Es el resultado de un proceso represivo, para evitar una situación de peligro y será vivido como algo displacentero, sin embargo, inconscientemente le aporta satisfacción (Freud, 1992). Es por esta satisfacción inconsciente que aparecen resistencias, obstáculos en la cura, ya que el sujeto ama sus síntomas y no quiere desprenderse de ellos; hay un goce en juego.

A partir de Lacan, el síntoma se ubicará en el lugar de la no relación sexual (Miller J.-A. , 1998) y estará estructurado como un lenguaje, en tanto se determinará por la metáfora, y es por esto que en la clínica puede ser escuchado e interpretado (2007, pág. 498).

El síntoma va a representar algo para alguien, es por eso que acuden pacientes a consulta, convencidos de que lo que les pasa tiene un sentido que les es desconocido. Hay que tomar en cuenta que el mensaje que contiene el síntoma solo se descifrá en el trabajo analítico por elaboración del paciente y está en la dimensión del sinsentido. “El sinsentido equivale a un límite, a un obstáculo, que impide el surgimiento o la continuidad del sentido” (Sper, 2012, pág. 2).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

La metodología empleada para realizar la sección teórica de la investigación es la exégesis de textos, es decir, que el conjunto teórico, las citas textuales y paráfrasis son el resultado de un estudio exhaustivo de trabajos investigativos realizados por toda una serie de autores.

En cuanto a la sección práctica, se utilizó el método clínico psicoanalítico para la aplicación y supervisión del dispositivo de atención. Este método consiste en la contrastación de la experiencia filtrada por el método con el marco teórico. Cabe recalcar que la clínica es una reflexión sobre la práctica en la cual el sujeto es producto de ese proceso; en este caso se pudo supervisar los casos de la práctica. El dispositivo de atención se sirve de este método y es justamente en las reuniones supervisadas por el director de la práctica donde el practicante logra pulir la técnica a través del método de la clínica. Esto quiere decir que la información empleada para el presente trabajo también ha podido ser extraída de la experiencia; algunas de las interrogantes iniciales frente a los alcances y limitaciones del dispositivo, pudieron ser corroboradas y refutadas durante la práctica.

Con respecto a las técnicas de recolección de información, se utilizó la información obtenida de los casos personales, los casos de los otros practicantes y los de la experiencia del supervisor. Así mismo, se utilizó y experimentó la técnica de la escucha, con la que se pudo constatar los tropiezos y dificultades en el discurso de los sujetos.

Por último, la técnica y metodología del dispositivo de atención se aplicaron a pacientes oncológicos y a los familiares de las distintas áreas del hospital SOLCA.

Previo a describir la metodología de la propuesta puesta en práctica, se procederá a explicar sus objetivos e hipótesis.

El dispositivo de atención tiene como punto de partida la siguiente hipótesis: existe otra u otras escenas más allá de la enfermedad que está implicada en la problemática actual del paciente y que está cargada libidinalmente. De tal manera que el objetivo principal de la práctica es promover el relato, pasar a otra escena. Dicha escena tiene relación con la historia del paciente, con un conflicto, con una parte oculta (un Real que ronda entre los significantes y escenas que insisten en el discurso). Se trata de dos cosas: una referida a lo que el sujeto dice sobre su enfermedad y otra que pertenece al inconsciente; esta última es la que hay que lograr que el paciente dialectice, es decir, que pase al lugar del Sujeto para que el goce se distribuya, se diluya y quizás que se aminore. Pasar a otra escena, explicitar el otro contenido del relato para que se adhiera a la cadena discursiva es lograr que algo del goce condensado en la enfermedad se disipe a esa otra historia y por lo tanto haya un efecto terapéutico: que el paciente construya algo, que disminuya su ansiedad, que ciertos síntomas se apacigüen, etc.

No se sabe cuánto del síntoma pertenece a la enfermedad (situación actual) o cuánto de este pertenece al inconsciente, pero en el síntoma están sumados efectos de la enfermedad y efectos de la economía del goce inconsciente, el

cual se apropia de toda condición para mejorar esa economía. Por ejemplo, si el mandato superyóico de un paciente es “sufre”, entonces se puede conjeturar que ese paciente puede llegar a sentir un dolor mayor al que la enfermedad misma puede propiciarle. De aquí que se extraiga otra conjetura: el dolor actual vehiculiza el sufrimiento de otra escena, es decir, el dolor es más fuerte porque lo pretérito está sumado. Así mismo, se puede conjeturar que al hablar, el paciente se siente mejor porque su dolor se disipa a otra cosa.

Lo que el paciente usualmente intenta hacer, es una acumulación de sentido, trabajará el sentido y no el obstáculo (alejarse de lo real). Cada vez que encuentra un sentido nuevo, el síntoma se infla, sin embargo, el síntoma tiene un rasgo que mantiene. Si aparece un obstáculo en el relato del sujeto, este intentará hacer un punto de cierre o va a hablar de otra cosa, es decir, toca la dificultad y busca la generalización (lo real clausura, cierra). De allí la importancia se introducir la idea del corte. De lo que se trata con el corte es que el sujeto elabore en un nivel más singular. El corte puede realizarse cuando el sujeto enuncia frases vagas, con significantes que se repiten e incluso en los obstáculos (significantes que conectan lo general con lo más singular). No solo se trabaja la dificultad por medio del corte sino también con frases vagas por parte del psicólogo: ¿Hay algo más que le preocupe?; ¿Cómo así; ¿Qué más?; ¿Cómo es?; ¿A qué se parece?; ¿Le ha ocurrido antes?, etc. No se trata de señalar equívocos o contradicciones constantemente sino que ante el obstáculo utilizar un poco de insistencia para que el sujeto hable.

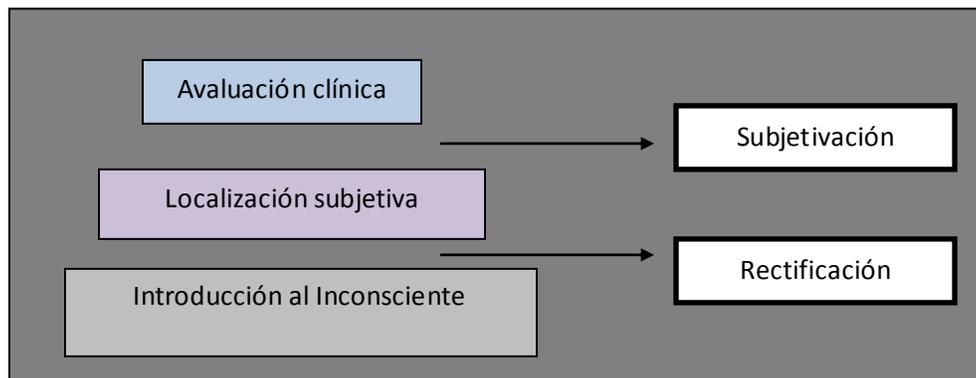
No se trata de que el paciente logre dialectizar la escena primaria, hay que recordar que el paciente no entra en análisis, al menos en la labor que se realiza en la institución. De lo que se trata es de que el paciente logre dialectizar

sobre sus obstáculos, o al menos que estos queden en el plano de lo que no puede decir, de que hay algo que posee una dificultad en su historia.

3.1 Introducción al método

En su libro *Introducción al método psicoanalítico*, Jacques Alain Miller (1997) señala la importancia que da la ética al psicoanálisis y menciona que siempre en análisis las cuestiones técnicas son cuestiones éticas ya que van dirigidas al sujeto. Así mismo, Miller indica ciertos principios de la práctica, entre estos: lo esencial es lo que el paciente dice; lo importante es localizar al sujeto en la enunciación; no hay una sola cadena significativa sin que se plantee la cuestión del sujeto, de quien habla, y desde qué posición habla; en análisis no se trata de participar emocionalmente de las situaciones afectivas del paciente demostrando comprensión y ternura, etc.

Ahora bien, Miller propone tres niveles necesarios para llegar a un análisis y señala: “Cada nivel entra en el siguiente, sin haber una separación completa de cada uno de ellos, pues en realidad se superponen” (Miller J. A., 1997). Miller incluye a la subjetivación como vínculo entre la evaluación clínica y la localización subjetiva; así mismo, incluye la rectificación como vínculo entre la localización subjetiva y la introducción al inconsciente.



La evaluación clínica está constituida por las entrevistas preliminares, las cuales, permitirán investigar la estructura del paciente, es decir, si se refiere a una neurosis, una psicosis o una perversión. En este caso, se avala que el sujeto pueda convertirse o no en paciente, a través de la identificación de su diagnóstico inicial y la estructura clínica que está de por medio. En el caso de la localización subjetiva, se intenta identificar cuál es la posición que el paciente toma frente a lo que dice. Por último, a través de la rectificación subjetiva existe la posibilidad de que se dé una introducción al inconsciente, siempre y cuando el paciente reconozca que existe cierta responsabilidad en lo que le ocurre. Es a partir de esto que se puede dar inicio a un trabajo del inconsciente.

En su trabajo sobre las prácticas en SOLCA, Cristina Barredo (2012, pág. 28) menciona:

Es posible que en algunos casos, en el hospital, se dé una subjetivación pasando a la localización subjetiva. Pero llegar a una rectificación e introducción al inconsciente es sumamente difícil por el tiempo irregular que se tiene. Y en el caso en que se logre hacer una rectificación, ocurrirá que será pronto al término de la hospitalización.

La consigna básica de la práctica en SOLCA no deja sentado de antemano una práctica dirigida a la introducción del inconsciente, sin embargo se lo deja siempre como posibilidad, de la misma forma en que siempre se tiene como posibilidad al sujeto. De acuerdo a los tres niveles descritos por Miller, en SOLCA se intenta llegar a la evaluación clínica y a la localización subjetiva.

Ahora bien, ¿cómo se aplican estos niveles previamente mencionados al trabajo en SOLCA?

En resumen, para reconocer, durante las entrevistas preliminares, si es posible llevar a cabo el trabajo clínico con un paciente, es necesario realizar lo siguiente (Barredo, 2012): en primer lugar obtener una impresión diagnóstica en donde se reconocerá también el estado del paciente: si la persona está tranquila o ansiosa. En segundo lugar es importante reconocer si el paciente realiza o no un relato, es decir, si únicamente responde preguntas o si logra relatar alguna situación. Con aquellas personas que solo contestan preguntas o no requieren del servicio, no se realiza un trabajo clínico dado que hay que respetar la posición del sujeto, sin embargo, se realiza un seguimiento de su estado en general. En tercer lugar, con aquellas personas que logran realizar un relato es importante reconocer si hubo alguna dificultad en algún punto del relato, esto indica que puede existir la posibilidad de una elaboración. Finalmente es importante observar cuál es la posición que adopta el sujeto frente a lo que dice, es decir: ¿Cómo concluye el tema?; ¿deja apertura para un posible trabajo?; ¿genera una conclusión completamente cerrada del tema?, etc.

En cuanto a las intervenciones del operador, es imprescindible promover que el síntoma vaya por la vía de la palabra. A medida que el paciente habla sobre el dolor de la enfermedad, este se disipa a la palabra, a la posibilidad de otra cosa en su historia. Tal como Cristina Barredo (2012, pág. 29) explica:

En donde hay una dificultad para decir algo se está en el terreno del síntoma, así como cuando dentro de los relatos hay significantes que se repiten, que insisten. Mediante estas dificultades al relatar se va a tomar atención a los significantes, a la palabra específica. De manera que resaltando únicamente la palabra no se queda en el orden del significado de dicha palabra sino que se pasa a lo que contiene ese signifiante. Ahí donde hay dificultad para nombrar hay un acercamiento a lo real y por ende al trauma.

Es importante dar siempre apertura a que el paciente implique otra escena. Para esto es necesario que el operador sea lo más ambiguo posible y que no introduzca significantes propios, de manera que el mismo paciente de más importancia a lo que dice. Cuando el paciente realiza un relato y el operador señala una palabra, esto permite dar paso a una segunda escena, esto es, a una primera escena, una escena previa; el paciente entonces empezará a relatar y podrá trabajar sobre esa escena. Es justamente a través de la implicación de otra escena que el sujeto puede llegar a reconocer que existe algo más que realmente es lo que lo aqueja; que quizás pueda encontrar algún grado de responsabilidad frente a lo que dice, que se logre abrir pasó a la pregunta: “(...) ¿Qué será que tengo que ver con todo esto que me pasa?” (Barredo, 2012, pág. 30). Es decir, que se implique subjetivamente sería lo más óptimo dentro de las expectativas del dispositivo, y si bien las estadísticas en SOLCA demuestran que esto no se ha dado con frecuencia, la apuesta por esta posibilidad es tan importante como la apuesta por el sujeto del inconsciente.

Ni el psicoanálisis aplicado a la terapéutica ni las condiciones del dispositivo institucional, incluso ni la disposición misma del paciente garantizan que esto ocurra, sin embargo con algunos pacientes ha sido posible.

Si bien el operador de esta práctica se ubica en otra posición que no sea la de autoridad, no será la posición de sostener la división en la que permanecerá, es decir, no se trata de insistir ni interpretar, sino de señalar, en momentos claves, ciertos significantes propios del paciente, para ver si algo puede surgir (Barredo, 2012).

3.2 Principios de la técnica

Como se describió anteriormente, dentro de la institución no es posible llevar a cabo una práctica de psicoanálisis puro, incluso es discutible hasta ahora, si realmente es posible el psicoanálisis aplicado a la terapéutica dentro de este contexto. No obstante, los principios de la técnica que se aplican dentro del marco de esta propuesta de atención, tiene como base al psicoanálisis, es decir, conceptos extraídos del mismo.

3.2.1 La singularidad

Uno de los criterios a los cuales responde el dispositivo de psicoanálisis aplicado a la terapéutica es el de la singularidad. El trabajo apunta a la singularidad, tal como se mencionó en el capítulo II, en referencia a las series

complementarias, donde hay varios aspectos que se articulan para producir un síntoma y luego un malestar. De ahí la hipótesis del dispositivo: existe algo más detrás del malestar, un deseo inconsciente distinto en cada sujeto. Lacan menciona que el goce es singular, es decir, es incomparable, único (de Hanze, 2012).

En todos los casos, el malestar puede manifestarse externamente como algo común, algo que se repite en varias personas, por ejemplo: un malestar físico: un efecto psicósomático o un malestar psíquico: un desorden obsesivo compulsivo. A pesar de que estas características puedan ser similares, ni los motivos ni las formas de solución serán las mismas.

El dispositivo hace énfasis a la clínica del uno por uno, del caso a caso (Mollo & Li Fraini). Los principios trabajados por esta técnica se pueden aplicar en la mayoría de los casos, sin embargo, ningún caso será igual a otro; de ahí que se le otorgue el saber al paciente y no al operador del dispositivo.

Dentro del hospital los pacientes tienen algo en común: una enfermedad oncológica, así mismo, los familiares de los pacientes tienen en común entre sí: un familiar con cáncer. A pesar de esto, cada paciente vive la situación de forma distinta.

Dentro de la praxis del dispositivo, no se direccionan las sesiones hacia el tema de la enfermedad, de lo que se trata es justamente de intentar salir de esa temática y trabajar con lo que la persona considere necesario, con aquello que realmente le está preocupando. Es importante considerar todos los aspectos singulares que la persona menciona en su discurso (Barredo, 2012).

3.2.2 Asociación libre

A través de la regla fundamental de Freud, la asociación libre (Laplanche & Pontalis, 2007), se le pide al paciente que comunique todo lo que se le vaya ocurriendo, en el momento mismo en que ocupe su pensamiento; se le pide que no restrinja nada. Así mismo, del lado del analista: “(...) consiste simplemente en no intentar retener especialmente nada y acogerlo todo con una igual atención flotante” (Freud, 1992), de manera que el analista conserva todo lo que el paciente comunica en su discurso, sin hacer ninguna selección, evitando que pueda conducir las sesiones por influencia de su propio inconsciente.

Dentro del contexto hospitalario, los pacientes y familiares están familiarizados con el tipo de entrevistas cerradas, es decir, con las preguntas relacionadas a la enfermedad que realiza el personal médico. El médico se ubica desde una posición de autoridad, tal como se vio en el capítulo I. El operador sale de ese rol, es decir, no va a preguntar nada específico, sino que da espacio a hablar sobre lo que el paciente desee.

El operador intentará ser fiel a estas reglas fundamentales, sin embargo, estas no van a ser comunicadas al paciente de manera tan específica, sino de una manera menos formal e inespecífica por ejemplo: Cuénteme, ¿en qué ha estado pensando?; cuénteme alguna cosa de usted; ¿En qué se quedó pensando? Es usual que al principio el paciente se sienta extrañado y se le dificulte responder. Muchas veces, se recibirá una respuesta como: ¿Pero qué le cuento? Y el operador responderá: “Cualquier cosa”. Es frecuente que a partir de esta segunda indicación el paciente inicie un relato. Es necesario que cualquier intervención por parte del operador sea lo más ambigua posible, es decir, no se agregaran palabras personales y se evitará conducir las sesiones de manera personal, permitiendo que sea el paciente quien dirija la entrevista con lo que se le vaya ocurriendo (Barredo, 2012).

3.2.3 Práctica de la palabra

Durante el congreso de la AMP en Comandatuba en el 2004, se va van a proponer ciertos principios, entre ellos: “El psicoanálisis es una práctica de la palabra” (Laurent É. , 2007), esto quiere decir que el instrumento de trabajo es el discurso del sujeto; hay que prestar importancia a lo que el sujeto dice. Es así como Freud habla de la cura por la palabra. (Laurent É. , 2007).

Apropósito de Miller, Margarita Vélez (2009) señala que dentro del discurso se encuentran varias dimensiones y que es necesario realizar un pasaje de la dimensión del hecho a la del dicho. Es decir, la importancia está en lo que el sujeto dice y cómo lo dice, y no en lo que ocurrió concretamente. Hay que prestar mucha atención a los significantes que utiliza para nombrar las escenas

Ahora bien, cuando el sujeto relata, es importante destacar la importancia de las palabras que utiliza. Cuando hay significantes repetitivos, el operador los señala, dando paso a otras escenas o permitiendo que el sujeto pueda reconocer que hay un motivo por el cual se repiten. Tal como Miller menciona: “Hay que presentar al sujeto su propio dicho” (1997), y luego comprender que más allá del dicho está el decir. “El decir será la posición que tiene el sujeto en relación a ese dicho. Y en cuanto a las intervenciones que se hacen es necesario que el sujeto pueda considerar la posibilidad de que haya un cambio en su posición frente al dicho” (Barredo, 2012, pág. 35).

Es importante que la persona tenga en cuenta la diferencia entre el dicho y el decir: “De esta manera se puede notar la posibilidad de una modificación de una posición subjetiva con relación al dicho” (Miller J. A., 1997).

3.2.4 La implicación de otra escena

Las intervenciones que el operador realiza, debe apuntar a que en el relato del sujeto aparezca otra escena que va a dar sentido a la situación actual, esto puede ser: un recuerdo de algo olvidado, una construcción de alguna escena que se recuerda vagamente, etc. Cristina Barredo (2012, pág. 37) lo explica bien y recalca que: “(...) este recuerdo de esta escena implicada las intervenciones específicas que se hacen, siempre deben inducir al sujeto a ampliar el relato con lo que vaya recordando”. Esto permite sujeto ir modulando la forma en la que vive este recuerdo; pudiéndose generar también, un cierto cambio de posición frente a lo que ha recordado.

Freud señala que la tarea del analista es: “(...) hacer surgir lo que ha sido olvidado a partir de las huellas que ha dejado tras sí, o más correctamente, construirlo” (1992). Esta idea de construcción que menciona Freud, alude al hecho de que a partir de estos fragmentos se puede deducir algo de la escena reprimida. Es necesario aclarar que lo que el sujeto recuerda, no es la escena concreta o real, sino la manera particular en que la recuerda. Cabe recalcar que es el recuerdo de la escena la que produce la carga que tiene para el sujeto.

Por último, cuando se realiza algún señalamiento o interpretación, es importante reconocer la respuesta del sujeto y lo que esta implica. La respuesta del sujeto podría implicar si desea o no continuar con el relato. En relación a esto, Freud (1992) afirma que: “(...) solo el curso posterior al análisis nos faculta para decidir si nuestras construcciones son correctas o inútiles”.

3.2.5 La transferencia imaginaria y los obstáculos en el tratamiento

En la práctica clínica se puede dar testimonio del “fenómeno de transferencia” (Freud, 1991, pág. 26), que surge en un primer momento de la relación con el paciente. Si bien este fenómeno es necesario para el tratamiento, a su vez genera una complicación: esta transferencia se caracteriza por una relación especular entre paciente y analista, ubicándose de este modo en una vertiente imaginaria (Lacan, 1981).

identificaciones son las que reforzarán la resistencia, tanto del lado de la vertiente amorosa o del rechazo.

En este mismo eje, se encuentra el discurso del paciente condensado en la palabra vacía, la cual tiene un valor imaginario de comprensión y sentido. Aquí el paciente tiene un discurso preparado, una historia, él sabe lo que dice, "(...)" se extravía en las maquinaciones del sistema del lenguaje, en el laberinto de los sistemas de referencia que le ofrece el sistema cultural en el que participa en mayor o menor grado." (Lacan, 1981, pág. 24); dejando a un lado la palabra plena en tanto verdad del inconsciente.

Es entonces cuando "(...)" el sujeto parece hablar en vano de alguien que, aunque se le pareciese hasta la confusión, nunca se unirá a él en la asunción de su deseo" (Lacan, 2007, pág. 244); y es que ha quedado atrapado en esta relación imaginaria, de la que en la práctica del hospital es difícil salir por cuestiones de tiempo.

Lacan, respecto a estos fenómenos que se dan en la transferencia imaginaria, resalta la cuestión del error del analista, ya señalado anteriormente por Freud (1992, pág. 41), "(...)" aunque solo fuese el de querer el bien del paciente" (Lacan, 2007, pág. 215). El analista no debe ubicarse en el lugar de pareja imaginaria, "(...)" no actuar positivo con vistas a la ortodramatización de la subjetividad del paciente", sino más bien mantener una "neutralidad analítica" (pág. 215).

3.2.5.1 Obstáculo Imaginario

En referencia a la transferencia imaginaria, esta se topa con resistencias tal como se mencionó anteriormente. Estas resistencias no son solo un problema, sino un obstáculo, un obstáculo imaginario. Se le adjunta el calificativo de imaginario en tanto se da en la relación del yo con el otro (Lacan, 1981, págs. 24, 50), y es, a medida que el tratamiento avanza cuando éste se presenta.

A medida que se desarrollan las entrevistas con el paciente se puede ubicar un “discurso histórico” (Lacan, 1981, pág. 17) y lineal, sin embargo, el obstáculo imaginario se presenta cuando el sujeto se acerca a algún contenido reprimido o cuando se topa con algún prejuicio transferencial y será experimentado como resistencia.

Es necesario tener en cuenta que esta resistencia está del lado de la consciencia (Lacan, 1981). Esto se puede constatar en la práctica, habrá pacientes a los que realmente no les interesa hablar con el psicólogo, otros por ejemplo interrumpirán su discurso y dirán “usted es muy joven para entender” o “no sé cómo decirle, me da vergüenza”, o simplemente un día pueden relatar historias fantásticas de su vida, pasar a otras escenas, sortear dificultades en el proceso y al siguiente día decir “estoy bien” finalizando con la interrupción de las entrevistas. Aquello, es un asunto complejo que se puede constatar en la experiencia del hospital, en donde las representaciones psíquicas serán decisivas para el paciente al momento de dejar o continuar el tratamiento.

3.2.5.2 Obstáculo Real

En la dinámica del discurso del paciente, muchas veces, se puede ubicar un tropiezo que lo deja sin palabras, desarmado, causándole una pequeña ruptura que le genera una dificultad para poder continuar su relato. Este obstáculo con el que tropieza el sujeto se lo denomina Tyché, un encuentro con lo real (Lacan, 1987)

Durante las sesiones, el sujeto realiza un relato, arma una historia en relación a su novela familiar. Estas escenas construidas por representaciones fantasmáticas le permiten “recubrir lo real traumático” (Aguirre, 2012, pág. 7). A pesar de esto, a medida que el clínico interviene en el relato, haciendo pasar al paciente a otras escenas, se va acercándolo a un campo conocido-desconocido en el cual no tiene preparado un discurso y donde sus historias se “agotan” (pág. 10), causando que el fantasma tambalee. Es en este punto donde toca lo real, el sujeto no encuentra palabras para describir la cosa, “(...) toca un goce por el que sufre y vive.” (pág. 10).

Por otro lado, en múltiples ocasiones, se puede ver que las defensas del sujeto no se hacen esperar frente a esta ruptura en el sentido por parte de lo real y se genera un intento de reconstrucción por parte del fantasma, inaugurando un nuevo sentido (Vidal J. , 2010).

Esta serie de encuentros con lo real (Tyché), se presentan bajo la forma del trauma, y como se lo ha mencionado antes, está “a nivel de lo sexual” (Lacan, 1987, pág. 25).

3.2.6 La repetición como insistencia del significante

A la repetición, en su vertiente simbólica, Lacan le llamó Automaton. Este término da cuenta de la insistencia de la cadena significativa regida por el principio de placer (Lacan, 1987).

Lacan en *La carta robada* (2007) hará referencia al automatismo de repetición como la insistencia de la cadena significativa. Ubica la carta como significante que determinará la repetición en la acción de los personajes del cuento de Poe; muestra el desplazamiento del sujeto, el cual está determinado por el lugar que ocupan los significantes amos (Lacan, 2007, págs. 45,48). Por otro lado, también se utiliza este cuento “(...) para ubicar la lógica de una estructura que se ordena a partir de una secuencia de significantes determinados por el Otro” (Vallejo, 2013, pág. 1).

El trabajo del hospital, apunta a que el sujeto despliegue sus decires en el campo de la asociación libre, llevándolo al pasaje de otras escenas, partiendo de una intervención. En este recorrido se puede notar que muchas veces el paciente le resta importancia a lo que dice, sin embargo, en la escucha analítica resuena algo que hace pensar, que a pesar de todo, el sujeto “(...) dice más de lo que cree” (Villavella, 2009, pág. 1). El discurso, en tanto se encuentra en asociación libre, le permitirá al paciente hablar de lo que sea, cosas de las que quizás nada resulte significativa, pero llegará un momento en que se dará una repetición, ya sea una palabra, una escena, una frase vaga, etc., y “(...) por haberse repetido, eso se hará significativa, se hace sujeto” (Villavella, 2009, pág. 1).

$$\frac{S}{s, s', s''}$$

Este matema (Lacan, 1987) da cuenta de que “(...) toda significación remite a otra significación. No hay significante causa de sí mismo, es la ley de la repetición la que hace que un significante sea tal” (Villavella, 2009, pág. 1). El significante es lo que se repite, y su resto en lo nuevo se modifica; en esta dimensión varia su significación, sin separarse completamente de su antiguo sentido.

Por eso se dice que hay algo que insiste y adquiere una posición en el discurso; y es que a pesar de que los dichos del paciente están del lado del enunciado, es inevitable su relación con la enunciación en tanto no se calcula la dimensión inconsciente y nos remite al discurso del Otro, discurso del circuito en el cual el sujeto está integrado, y a su vez, “lo determina y lo constituye” (Lacan, 1983, pág. 43).

En la experiencia clínica se puede apreciar cómo lo que se repite, genera redes de sentido que llevan una carga de goce. El tratamiento se vehiculiza hacia el sentido, por el motivo de los límites que tiene el clínico en la institución, dejando de lado el sin sentido del significante que va del lado del psicoanálisis puro.

3.2.7 Intervenciones y corte sobre las formaciones del inconsciente

En la experiencia clínica se puede dar cuenta de la cantidad de fenómenos que surgen en una entrevista debido a que el discurso del paciente está siempre expuesto al inconsciente. La escucha afinada será la herramienta para ubicar estas manifestaciones, en las que se podrá intervenir si se lo cree necesario, o

se las dejará retenidas en la memoria del clínico, sin restarle su importancia, para poder puntuarla en otro momento. Estas intervenciones del psicólogo, podrán dar cuenta también de la idea del corte como interrupción en el relato del paciente para señalarle algo (Millieri Riera, 2010), producto de esto “(...) va a surgir el deseo como pregunta” (Pérez, 2012).

A continuación se señalarán intervenciones, cortes con los que el psicólogo actúa ante formaciones encontradas en el relato.

Muchas veces se podrá ubicar la insistencia del significante en el discurso, esto que se repite y da lugar al inconsciente. Este fenómeno inconsciente pasa desapercibido por el paciente, hasta que el psicólogo hace un corte, le hace resonar el significante, se lo extrae de su discurso; en el mejor de los casos el paciente entenderá que hay un sentido oculto en él, y en el peor, simplemente lo dejará pasar, no le resonará nada. Esto, muchas veces, es producto de una posición subjetiva de no querer saber.

Otro punto a considerar es cuando el paciente cuenta sus sueños, el psicólogo le invita a describir la escena, a desglosarla, lo dirige a que se pregunte si hay algo oculto ahí y qué podría ser; y es que el sujeto no relata un sueño cualquiera, sino uno que le parece significativo.

El obstáculo también entra en estas formaciones inconscientes, irrumpe en el relato. Por lo general, para el psicólogo es un poco más evidente cuando se presenta, pues se nota una dificultad para continuar, se detiene, le faltan

palabras ya que ha tropezado con un real traumático, a pesar de esto, el psicólogo interviene con un imperativo: “hable” o “dígalo como pueda”. Este imperativo posibilita una vía para que el paciente pueda bordear con palabras ese real en juego.

En el caso de los equívocos -como otra evidencia de que el inconsciente habla y sorprende al sujeto, pues produce que el paciente haga o diga algo diferente a lo que quería expresar-, la intervención del psicólogo será la de no dejar pasar ese decir, no dejar que rectifique, taponee y continúe su relato, sino más bien, hacer un corte y enfatizar lo que surgió, abriendo paso a que el sujeto se escuche y a que un nuevo relato surja.

Por otro lado, el clínico también podrá toparse con pacientes con los que ha trabajado antes y, a lo largo del tratamiento, su relato se vuelve lineal y vacío por el hecho de “(...) no querer saber algo más sobre sí mismo” (Millieri Riera, 2010). En estos casos se puede intervenir con un corte, finalizar la sesión cuando está hablando banalidades; esta acción podrá ser vivida como un desplante, así como también, tendrá un efecto en el paciente, dejándole saber que el tiempo de las entrevistas es limitado y que tiene que aprovecharlo.

3.2.8 División Subjetiva

La división subjetiva remite a la constitución del sujeto, sujeto dividido por el significante. Como se ha planteado anteriormente, esto se da en el campo del

Otro, donde el sujeto está identificado a significantes a los que lo representan y “tapan su vacío” (Grünfeld, 2003, pág. 1).

En el trabajo analítico, se apunta a despegar al sujeto de esas identificaciones, tomar distancia y que pueda interrogarse sobre su deseo. Cuando la identificación vacila, el fantasma tambalea, el sujeto queda dividido en la manifestación de un saber inconsciente que surge en sus dichos.

A medida que el sujeto habla, el inconsciente se va moviendo, esperando aparecer en cualquier momento. La intervención del psicólogo podrá llevar al paciente a reconstruir a través de la palabra, prestando especial atención a los momentos donde el decir se impone sobre lo dicho, ya que es donde se despliegan preguntas inéditas y donde se busca la división subjetiva para hacer surgir lo impensado de su situación (Vidal J. A., 2006).

La división subjetiva se manifiesta en el discurso como una contradicción de la que el sujeto es testigo, como una vacilación en el relato y hasta como un no saber que lo angustia, y es que, en esta dimensión se encuentra con el objeto divisor de sentido (Dupont). “La cadena significativa, es de por sí, sentido y el sujeto dividido que surge de ella como efecto, es una forma del significado” (Vidal J. A., 2006)

3.2.9 Consejos al médico aplicados al hospital

En un principio, el practicante puede sentirse un poco desorientado en cuanto a la técnica aplicada en el hospital. Sin embargo, a medida que vive su experiencia va adquiriendo un saber hacer con el paciente en la relación analítica. Dentro de esta experiencia se toman en cuenta indicaciones indispensables para ayudar al operador a construir este saber.

Freud (1991) despliega un conjunto de puntualizaciones sobre la práctica analítica, consejos que orientan al practicante hacia una mejor intervención y que hay que tenerlos en cuenta en el trabajo que se hace en el hospital. Como es propio del psicoanálisis, en estos consejos rige la atención flotante por parte del operador- practicante y la asociación libre por parte del sujeto.

Como primer punto ubica la importancia de la atención flotante, en tanto a retener lo que dice el paciente, y atribuirle la misma importancia a todo el contenido que proporciona en las entrevistas, sin seleccionar la información según las tendencias del psicólogo. El practicante se rige por esta regla, sin embargo, a pesar de escuchar todo con la misma importancia, se retienen especialmente las categorías de la técnica aplicada en el hospital, es por eso que se puede dar cuenta de lo que se va encontrando en el discurso del paciente: una repetición, cambios de escena, obstáculos, frases vagas, etc., puntualizaciones que son producto de una escucha afinada.

Por otro lado, también se propone no tomar apuntes. En la práctica clínica, esto se debe tomar específicamente como: no tomar apuntes mientras se da la

entrevista con el paciente, ya que si la relación analista - paciente se encuentra en una dimensión imaginaria, esta acción podría movilizar resistencias. Por esta razón, es recomendable realizar las anotaciones posteriormente, siendo fiel a la palabra del paciente, sin restar o aumentar nada en su discurso, pues se las necesitará para realizar un informe clínico.

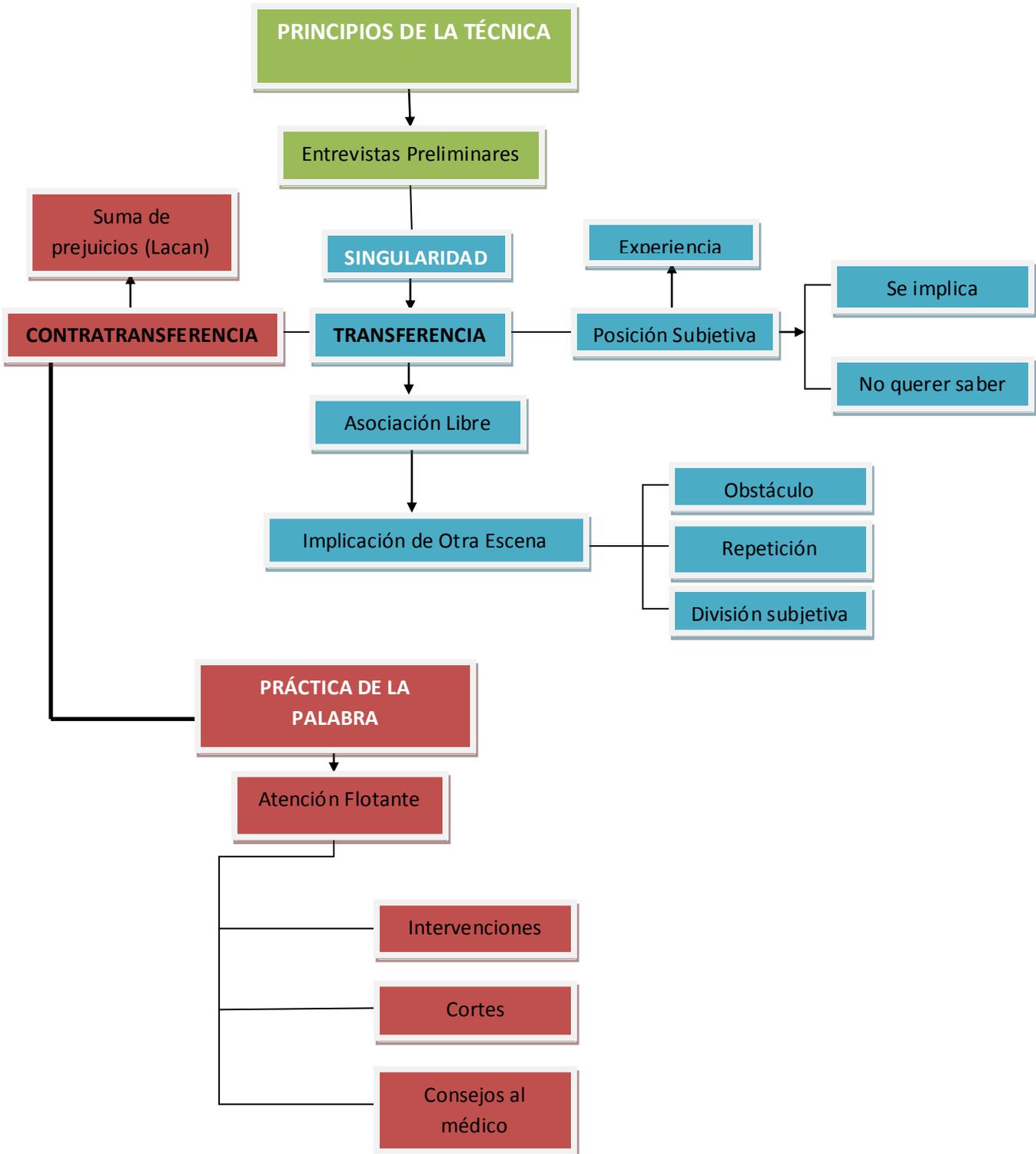
Otra recomendación es no elaborar un estudio científico sobre el caso que se está atendiendo, ya que el médico podría perseguir algún fin determinado. Si se cae en esto, se dejaría de lado la atención flotante y la asociación libre; por eso, es recomendable que si se hace algún estudio de caso, éste sea después del tratamiento, con los elementos obtenidos.

Freud enfatiza que “(...) en el tratamiento psicoanalítico tomen por modelo al cirujano que deja de lado todos sus afectos, y concentra sus fuerzas espirituales en realizar una operación lo más acorde posible a las reglas del arte” (1991, pág. 27). En la práctica hospitalaria, el psicólogo se encuentra con pacientes cuya enfermedad está ligada a la muerte, con familiares muy afectados, casos difíciles que podrían influir en él para dejar su posición profesional e inclinarse por su “compasión humana” (1991, pág. 27).

La neutralidad, es un punto determinante, ya que es necesario para el tratamiento, tanto para el paciente, como para la vida afectiva del médico. A partir de esto, se formula la necesidad de que el psicólogo trabaje sus afectos, y dificultades con otro profesional; ya que de no hacerlo se expone a ubicarse en una posición de otro especular, así como también, a interpretar el material que le suministra el paciente en base a su fantasma.

“El médico no debe ser transparente para el analizado, sino, como la luna de un espejo, mostrar sólo lo que le es mostrado” (Freud, 1991, pág. 28). Esta frase insiste en la neutralidad del psicólogo, en no caer en las vías de la sugestión y del consejo, sino más bien, trabajar desde lo que el sujeto aporte. Otro consejo en relación al rol del psicólogo es el de evitar la “actividad pedagógica” (Freud, 1991, pág. 28) en el tratamiento. Intentar moldear al sujeto en tanto a lo que se cree que debe ser, dejando de lado su libertad.

Los consejos expuestos anteriormente son significativos para la práctica analítica, y sirven de guía para el psicólogo practicante. A continuación, se presentará un esquema sobre los principios de la técnica.



CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Análisis de lo desarrollado por medio de casos

A continuación se expondrán los informes de tres casos derivados de la práctica, así mismo, se adjuntará el respectivo comentario de acuerdo a la metodología y técnica empleada.

4.1.1 Caso Y.T.

Y. T. es la madre de una niña de 12 años (se le dará el nombre Sabrina) que se encuentra hospitalizada debido a que fue diagnosticada con leucemia hace seis meses. Ingresó al hospital hace un mes para recibir uno de sus ciclos de quimioterapia pero no puede ser dada de alta debido a que sus defensas aún no son favorables.

En la primera entrevista la respuesta de Y.T. es positiva con respecto a la oferta del servicio. De entrada el sujeto menciona: “no sé qué haría sin mi hija... yo me muero”. Seguido de esto menciona:

“Sabrina es la única que me hace caso, no es como la otra... la mayor siempre me causa problemas, siempre reniega. Sabrina es la única que me entiende,

siempre se acuerda de todo y quiere hacer lo mismo que yo hago; me dice: <mami quiero regresar a la casa para ayudarte a lavar>”

Con respecto a su hija mayor menciona: “Casi se hace de marido pero yo los separé y ella me dijo que me odiaba”

Y. T. comenta que tiene cuatro hijos, una hija mayor de dieciséis años, una de doce años (hospitalizada) y dos hijos menores de 8 y 10 años. Menciona que sus dos hijas mayores son de diferentes compromisos y que se separó del padre de sus dos hijos menores hace 6 años.

Durante la segunda entrevista dice que no tiene familia en Guayaquil y que se encuentra sola en el hospital: “Tengo que ver cómo consigo comida para mi hija mayor que se queda con Sabrina mientras yo voy a tramitar y a hacer mandados... ahí me dan cualquier cosita”

Comenta que su familia no la apoya: “Mis hermanos no me han apoyado nunca, ni antes ni ahora con lo de mi hija... nunca me dan ni veinte dólares... ni me visitan... a veces no tengo ni para el agua”.

Durante la tercera entrevista menciona su preocupación por sus dos hijos menores que están al cuidado de su madre en Salinas. En palabras de ella: “a veces tengo ganas de salir corriendo”. Habiendo dicho esto, la paciente indica que debe ir a tramitar. Se puede ver cómo el sujeto realiza una especie de

huida luego de mencionar dos cosas: en primer lugar a su madre a quien nombra por primera vez (y quien está cuidando de sus hijos menores) y en segundo lugar cuando menciona esas “ganas de salir corriendo”. En este caso ella personifica bien esa frase y “sale corriendo” a hacer los trámites del hospital.

Durante la cuarta entrevista comenta: “no sé por qué estoy confundida... No sé... no sé si mi hija está enferma o no... ayer el doctor dijo que ya no tenía blastos en la sangre... entonces ¿por qué sigue aquí?”

Comenta que el día anterior su hija casi se ahoga porque le pusieron mal una vía: “estaba desesperada por mi hija que se me ahogaba”; “Yo la veo bien, no sé porque sigue internada... ahora está mal... Cuando llegó estaba bien. Parece que Diosito se la quiere llevar”.

Durante la quinta entrevista menciona en forma llorosa que su hija mayor está muy “grosera” con ella: “Yo le pregunto ¿por qué me trata así?, yo solo quiero tu bien”. Frente a esto que comenta se le devuelve la pregunta: “¿Por qué la trata así?”. Después de un corto silencio, el sujeto dice:

“Mi madre siempre me maltrató a mí, me pegaba por todo... una vez le pregunté si yo era hija de ella y se quedó callada... pero yo si me parezco a ella”; “no sé si la quiero o la odio, no sé qué siento por ella”. Aquí claramente Y.T. se encuentra dividida frente a ese vacío de saber. Una vez más, y a pesar de que la paciente no huye en este caso, se le dificulta proseguir con el relato.

Y.T. comenta que es la tercera de ocho hermanos y que desde muy pequeña se dedicó a cuidar a sus hermanos menores, ya que su madre salía a trabajar. A la edad de 12 años su madre la obligó a trabajar como empleada domestica en una casa donde la encerraban en un altillo: “casi no me daban de comer”.

Cuando el sujeto comenta sobre esta frase que le dice a su hija “¿Por qué me tratas así?” y se percibe el afecto y dificultad con la que la dice, se puede conjeturar que posiblemente hay algo más detrás de eso. Al momento de resaltar esta frase, Y. T, va por el lado de lo que contiene este significante e implica una escena en la que la madre la trata mal. Es así como se puede ver ese efecto retroactivo en el cual el significante cobra sentido a partir de una escena anterior en la que se podría entender que implica un trauma. Más adelante el sujeto da más información al respecto.

Durante la sexta entrevista menciona que a la edad de 14 años empezó a salir con un hombre mayor a ella: “El abusó de mí, me dio algo de tomar y me levanté confundida. Le dije: ¿qué pasó? Y él me dijo: “Vamos para llevarte a tu casa” Cabe señalar que en sesiones anteriores la paciente insistió en estar confundida con respecto al estado físico de la hija.

Comenta que luego de varios meses se percató de que estaba embarazada y a los siete meses de embazo su madre, al enterarse, le propicia una “paliza” y la bota de su casa.

Con respecto al padre de su hija mayor menciona: “Él era casado y nunca reconoció a mi hija, por eso ella lleva mis apellidos”.

Menciona que luego de que su madre la echó de la casa, ella acudió a casa de su tía (hermana de la madre): “Ella es buena, me ayudó... habló con mi mamá y le dijo: “a ti nadie te botó cuando tú también saliste embarazada””.

Durante la séptima entrevista comenta que conoció al padre de su segunda hija (hospitalizada) en un bus: “Él me dejó porque regresó con su ex”.

Al estar embarazada de su segunda hija conoce al padre de sus dos últimos hijos (de 8 y 10 años) quien convivió con ella por seis años: “Él me dejó por una mujer de la calle”.

Llorando menciona: “no sé por qué me ha tocado vivir la vida que me tocó, la gente ha sido mala”.

Durante la octava entrevista dice: “yo creo que nací para estar sola”. A lo que se le devuelve la frase, la paciente se desvía en su respuesta y vuelve a mencionar el significante “confundida”:

“Desde que me separé del padre de mis dos hijos me siento confundida, cada vez que conozco a alguien hay algo que me detiene y no me deja ir más allá...”

no puedo quererlo”. La paciente se vuelve a mostrar dividida y el término “confundida” se repite nuevamente.

Durante la novena entrevista, refiriéndose a su madre dice: “Dicen que el fracaso de la madre se pasa a los hijos... yo sí creo”. Se le pregunta: “¿Usted cree?” “Y responde:

“mi mama nunca fue cariñosa, nunca se sentó conmigo a decirme lo que era bueno y malo”

Cabe recalcar que el fracaso es justamente lo que ella, de manera especular, se impone e inconscientemente también lo hace con la hija mayor, con quien más problemas tiene.

Seguido de esto, cambia de tema y se refiere a la hija mayor: “yo si le hablo a mi hija pero no sé si ella va a poder. Quiero que mi hija estudie para que sea alguien en la vida y cuando el marido quiera dejarla ella tenga como defenderse sola”.

Comenta que con su último compromiso que duró 6 años vivió entre “separaciones y peleas... él se iba hasta por tres meses”; “Un día lo seguí y lo vi saliendo de un cuarto con una prostituta... él me vio y me quiso coger pero yo me fui... me fui caminando y solo quería que me tragara la tierra y que el camino se hiciera más largo... estaba en las nubes, me sentía como pesada,

estaba confundida, no sabía lo que me pasaba”. Vuelve a repetirse el término “confundida” y en este caso se podría conjeturar que se trata del objeto a que ronda este significante.

La paciente menciona que a raíz de esa escena: “Estoy confundida... no sé por qué me pasa eso, si alguien me busca me detengo y no puedo sentir nada”.

Durante la décima entrevista comenta que su madre fue diagnosticada con diabetes y cáncer de útero hace algunos años. En SOLCA no pudo ser operada por un problema de papeles, de manera que regresó a su casa: “No toma medicamentos... dice que de algo se ha de morir... yo de ella si me haría ver”

“Hubiera querido tener otra madre. Me acuerdo cuando era pequeña y mi mamá me pegaba. Yo quería ser como Sabrina es conmigo con mi mamá pero ella me rechazaba. Si estaba en la cocina para aprender a cocinar, ella me botaba... me decía “¿qué haces aquí?”

“Mi tía me enseñó todo... a lavar, a cocinar... yo cuidaba a mis hermanos menores... mi mamá me hacía llevar esas lavacaras pesadas de agua...” El término “pesada” se repite en esta ocasión. Es como si llevara el peso de su madre en la escena en la que su esposo la engaña con una prostituta.

Durante la decimo primera entrevista comenta:

“Yo nunca he hecho daño a nadie, no sé si por culpa del papá de Sabrina o de mi mamá que mi hija salió así... por alguna cosa mala que habrán hecho”

Apropósito de esto menciona que ella y sus hermanos son hijos de diferentes padres y que su padre biológico era uno de los compromisos de su abuela materna (padraastro de la madre): “Yo llevo el apellido de ese señor, lo conocí a los dieciséis por eso cuando mi madre me pegó cuando yo estaba embarazada y me botó mi tía le dijo: “tu madre nunca te botó cuando saliste embarazada”.

Cabe recalcar que la repetición en la vida de Y. T. es insistente, se puede ver aquí como ella repite las escenas de la madre: hijos de diferentes padres.

Durante la decimo segunda entrevista menciona que la irrumpe una sensación en el cuerpo: “es como un cosquilleo, como nervios”. Se le pregunta si ha sentido eso antes y menciona: “Si...”. La paciente corta el relato unos minutos, se queda pensando, y a pesar de que no menciona en qué otra situación ha sentido ese “cosquilleo” y esos “nervios” menciona:

“Recuerdo bien clarito como si fuera ayer cuando tenía 5 años y mi mamá llegó borracha a la casa y yo no sabía lo que eso significaba... estaba confundida. Yo solo la vi y pensé que se iba a morir, me acuerdo clarito que me puse a llorar y

mi tía me dijo: “no llores que lo que pasa es que está borracha no le pasa nada””

Se le pregunta: “¿Estaba confundida?” Sin embargo, no puede relacionar las escenas y sigue relatando sobre su madre. Comenta que en ella siempre ha vivido con su madre, incluso los 6 años que vivió con su último compromiso.

“Mi mama no es como las otras, me pedía que le pagara por cuidar a mis hijos”. “Mi mamá siempre me trató mal pero yo siempre estuve con ella... después de todo es mi madre.”

Se le devuelve la frase: “¿Después de todo es su madre? Y nuevamente se desvía en su respuesta. Menciona que su madre vive con un señor que no es del agrado de Y.T.: “Me cae mal mi padrastro él también vive con nosotros. Antes de buscar a mi mamá estuvo molestándome a mí” Cabe señalar que la madre de Y.T. la tuvo a ella producto de una relación con su padrastro (compromiso de la abuela de Y.T.). En este caso se puede conjeturar que Y.T. hace una aproximación a la repetición de esa escena al mencionar que este último compromiso de su madre “estuvo molestándola” antes de hacerse de compromiso de la madre.

Hacia el final de la entrevista menciona: “no sé por qué soy la única que no se ha separado de mi mamá, todos mis hermanos viven aparte”. La paciente vuelve a mostrarse dividida y ante esto se le pregunta por qué razón ella cree que eso le ocurre y responde: “No sé por qué”.

Luego de esta sesión Y.T. se retira del hospital debido al alta de la hija. Después de un tiempo regresa y a pesar de que menciona que quiere retomar las sesiones, no lo hace. Finalmente en una ocasión, llorando, busca al entrevistador y menciona: “Estoy muy preocupada por Sabrina... no sé qué le pasa... los doctores no me dicen nada”. Se le pregunta si ella ha preguntado por el estado de su hija a los doctores y responde afirmativamente. Se le pregunta cuál ha sido la respuesta de los doctores y dice: “no sé... no les entiendo...”.

En esta misma ocasión el sujeto menciona que tiene problemas con su madre ya que ella trata mala los hijos: “ya no los quiere cuidar”. Se le pregunta por la posibilidad de irse a otro lado a vivir y ella menciona que no tiene donde ir ni recursos económicos. Se le pregunta si ella realmente quiere irse de la casa de su madre y responde: “No sé...” Se le pregunta ¿Por qué? Y menciona: “me sentiría mal de dejarla... soy su hija, soy la única que vive con ella... además está enferma”.

Se le pregunta: ¿Y qué le parece eso que usted dice? Y menciona: “no sé... ¿que no está bien? El Entrevistador: “¿Por qué?” Sujeto: “yo soy la única que se ha preocupado por ella... y de todos los hijos, a mí siempre me trató como si no fuera su hija”. Se corta la sesión.

Luego de esta sesión Y.T. viaja a su pueblo para ver cómo están sus dos hijos varones y cómo le está yendo a su hija mayor que ya entró a clases. A su regreso la paciente intercede al entrevistador en el pasillo y muy sonriente comenta:

“Aquí bien Dra., tramitando. Le cuento que el otro día salí con un señor (se ríe) me dijo que me quería ¿puede creerlo?”

Comentario

Como se pudo apreciar anteriormente, el entrevistador condujo al sujeto a hablar libremente de lo que quiera, se puede ver que hay ciertas cosas que se repiten, que insisten y que tienen relación con escenas preterreas. Así mismo, la paciente logra pasar del relato uno (la enfermedad de su hija) a poder historizar algo respecto a su vida adulta e incluso infantil.

El síntoma y el fantasma están relacionados, en este caso, el discurso del sujeto gira en torno a ser objeto de maltrato del otro, habla de la hija, de sus parejas y finalmente de la madre. Cabe preguntarse si se trata de un fantasma masoquista. Por otro lado estas escenas están conectadas por el significante “confundida” y finalmente llegan a una escena más preterrea a los cinco años. De lo que se trata es de apuntar a lo más singular en cada sujeto, su propio síntoma. Se podría conjeturar que la paciente puede sentir culpa de dejar a su madre, debido a que en la escena pretérita a los cinco años, ella inconscientemente quería que su madre muera. Al verla llegar mareada y sin saber lo que estar borracho significaba, pudo haber pensado y deseado la muerte de su madre. De ahí que quizás hasta su vida adulta ella viva como objeto de goce de los demás, principalmente de su madre, ya que ella lleva la carga pesada de su madre todo el tiempo. Sería la penitencia o el peso que debe llevar por haberla “matado”.

Por último se puede concluir con que efectivamente no se puede hablar de un fin de análisis ni de una entrada en análisis, sin embargo, durante estas entrevistas preliminares se puede corroborar que detrás de la queja y el malestar hay algo más. Lo importante es que el mismo sujeto pueda reconocerlo y se llegue a cuestionar qué otras cosas hay detrás de los sentimientos de tristeza, confusión, etc. de tal forma que la carga que hay sobre esto disminuya.

En este caso la paciente logra realizar ciertas interrogantes, sin embargo, hasta el momento no es capaz de seguir adelante con ellas. A pesar de esto, en la última ocasión en que el operador habla con Y. T. ella se muestra más segura, quizás menos “confundida” con respecto a los hombres; ahora puede sonreír al respecto. Se puede decir que algo la carga pesada de su madre ha disminuido, al menos momentáneamente.

Probablemente con un número mayor de entrevistas se podrían llegar a tocar muchos otros puntos con el sujeto, no obstante, lo que se puede lograr en un corto número de sesiones, es muy significativo para que la persona logre hacer con el síntoma; “(...) logre afrontar lo que le ocurre, desde una perspectiva en la que al menos se ha hecho una movilización ligera de posición” (Barredo, 2012, pág. 46).

Ennia Favret (2009, pág. 1) menciona que Miller propone obtener “arreglos”, es decir, que el displacer del síntoma disminuya y esté más comfortable: “La satisfacción del fin no es un atravesamiento sino una acomodamiento”. Dentro del dispositivo, esto se entiende como el “saber hacer” en ese momento con el

síntoma, así sea a corto plazo; y es justamente a esto a lo que el trabajo del dispositivo apunta.

4.1.2 CASO L. N.

L.N. es una paciente de 49 años que es ingresada al hospital para operarse de una lesión en el pulmón.

En la primera entrevista, la paciente se encuentra moderadamente ansiosa. Ante la pregunta: ¿cómo le va?, la paciente dice: -“No quiero estar aquí, me siento como sola”, ¿sola? – (se queda en silencio un momento y continúa). “Yo sé que uno no está solo porque siempre está con Dios, pero no. Con estas cosas (señalando los sueros), no puedo valerme por mí misma, tengo que andar molestando”, ¿a quién tiene que molestar? -“A la señora de alado o a mi hermana (Hace una pequeña pausa)... yo solo quiero que estén pendientes de mi, a veces mi hermana no viene temprano porque tiene a los hijos y sus obligaciones”

Se le preguntó sobre su enfermedad y dijo: “Me habían operado antes de los ovarios, ahora fue por una lesión en el pulmón” (hace una pausa y continúa). “No es que les eche la culpa pero mis hermanas me llevaron donde un médico naturista, más tiempo dejé pasar. No querían que me opere, pero yo sí”.

L. N. manifiesta que le dieron de alta, al preguntarle cómo le hace sentir eso responde: “No sé, pero últimamente me entran unas ganas de llorar, ya no siento tanta desesperación por estar aquí.. No es que me quiera quedar, pero me da una preocupación, miedo”

Continúa diciendo: “Desde siempre me guardo las cosas”, ¿Desde siempre?, más o menos ¿desde cuándo? –“desde los 20 años...” hace una pausa y empieza a llorar. Continuó lentamente y en voz baja: “Por un terreno cambió toda mi vida...”, ¿cómo así? –(continúa con un poco de dificultad) “.Yo tenía mi casa, pero mi suegro nos había ofrecido uno de los terrenos que él tenía, pero elegimos vivir con él (Se queda callada un momento y continúa), Me tuve que hacer cargo de mi suegro, mi marido no me exigía”, ¿por qué lo hacía? – “Porque uno también tiene padres y le da pena... (Hace una pausa), y no fue un año sino cinco... Yo no le deseo la muerte a nadie, pero a mí me tocó cuidarlo tanto a la mujer, como a él. ”

Al hablar de su marido, la paciente comentó: “quisiera que él haga su vida, si se busca a alguien más, yo me abro. (Hace una pausa y dice)... no sirvo como mujer”.

En la segunda entrevista L.N. ingresa a emergencia por “un dolor en el estómago y los huesos”, comentó que desde que salió del hospital después de la operación pasó su recuperación en casa de su madre, en donde no siguió la dieta que le había dado el médico. Luego dice: “volví a mi casa y yo también puse el desorden”, ¿cómo puso el desorden? –“no seguía la dieta tampoco en mi casa, mi hermana me retaba porque no me cuidaba, pero yo tenía que estar

bien comida para las quimios.” ¿Y cómo le va con la quimioterapia?, - (Comienza a llorar y dice con dificultad) “me hace sentir muy mal.., estar vomitando, es horrible. Tengo terror de venir al hospital”, ¿terror?, ¿qué más? – “Horror... yo le dije a mi esposo que ya no quiero seguir con eso de la quimioterapia, así sea como dice el doctor que si no las hago me quedarían 5 meses más o menos de vida, no me importa ya no quiero hacerlas, yo no quería venir ahora, sino que ya no aguantaba el dolor”. La entrevista terminó en ese momento ya que el dolor que tenía la paciente hizo q la llevaran a una camilla e imposibilitó seguir hablando.

En la tercera entrevista L.N. vuelve a emergencia con un mejor semblante, ya no hay dolor y comentó que había sido por una infección estomacal. Comentó que se le dificulta vivir en la habitación donde habitaba su suegro, se le preguntó ¿cómo así se daba esto? y ella respondió: -“no sé, no quiero vivir ahí, no me da por estar ahí”. Luego habla de los hijos y menciona que se le están “revelando”, manifiesta también que desde que ella se enfermó todos se “abrieron” ¿Cómo así? – “ya no les importaba nada”.

Comentó conflictos con uno de sus hijos: “mi hijo mayor cuando lo estaba retando, me dijo: ya no soy el Antoni de antes, a mi me dolió en el alma, en el corazón”. Yo llegué a desordenarlos, sino me quieren yo me voy”, ¿A dónde? – “a un lugar donde me quieran, yo me pregunto ¿Cómo puede afectar que una madre le pegue a sus hijos? (hace una pausa y sigue), yo antes controlaba todo ahora ya no..... ¿Por qué son así conmigo?, yo no soy mala les doy todo, no ando con otro hombre (Hace otra pausa). Mi error fue no haberle pegado cuando se quedo de año” Todo esto refiriéndose a su hijo mayor.

Comentario:

La paciente pudo historizar en todas las entrevistas, hubo frases vagas que le permitieron pasar a otras escenas.

Se ubica en una posición de víctima con respecto a lo de posponer su operación porque sus hermanas no querían que lo hiciera, a los abusos que permitió de su suegro y al conflicto con sus hijos. Tras esta posición repetida de víctima, está también el goce de la queja, en todos sus relatos hay algo de esto refiriéndose a los otros, a pesar de que ella ha permitido todas estas situaciones.

Aparece un sujeto tachado en tres ocasiones: en sus denegaciones “no es que les eche la culpa” (refiriéndose a sus hermanas), “no es que me quiera quedar” (refiriéndose a su estancia en el hospital). Por otro lado, el sujeto dividido también está cuando menciona que ella antes lo controlaba todo y que ahora ya no puede debido a la enfermedad, y cuando manifiesta no saber por qué no puede vivir en la habitación que era de su suegro; a pesar de que le convendría utilizar ese espacio.

El obstáculo de índole real se presenta en la primera y segunda entrevista. En la primera ocasión, se manifiesta cuando sale esta frase: “Por un terreno cambió toda mi vida”, y la otra dificultad cuando habla de este “terror” de ir al hospital y que quiere dejar las quimioterapias.

4.1.3 Caso E.G.

E. es un niño de cuatro años que se encuentra hospitalizado (2 meses) por el diagnóstico de Leucemia.

A simple vista el juego de E. es muy violento, lanza los juguetes contra la cuna, los tira, los estrella, etc. con la característica de que mientras lo hace mira al practicante.

A pesar de que verbalmente no incluya roles en su juego, es evidente que existe el rol del “bueno” y del “malo” ya que puede hacer esa distinción (los malos son los golpeados y los más débiles).

Los doctores y enfermeras se quejan constantemente de que es muy inquieto, de que grita y asusta a los demás niños de la sala ya que no se deja poner los medicamentos, etc.

Desde el primer acercamiento y en las sucesivas entrevistas se nota algo poco común. En los momentos en que la practicante lo saluda y se despide de las sesiones, el niño se pone rígido y con la mirada fija. Es solo en los momentos intermedios (donde ya se ha incluido el juego) cuando él puede mirar al otro, hablar con el otro.

Durante las primeras entrevistas el niño relata brevemente que vive en Naranjito y que tiene dos hermanos (de 2 años y 14 años). *“Yo soy mayor a Angello (dos años) porque tengo más juguetes... juguetes ganotes”*; *“Angello quiere mis juguetes, él se fue con mi papá a coger peces”*.

Menciona mucho al padre en las sesiones: *“mi papá trabaja manejando carros ganotes con ruegas ganotas”*; *“Mi papá tiene botas ganotas y va a pescar peces ganotes... los peces muerden... yo no voy”*; *“mi papá me compró mi computadora bacansísima”*.

Con respecto a la madre, ella menciona que el niño no puede dormir por las noches; suda frío; quiere que prendan la luz; el niño le dice que se cambie de ropa (que no se ponga pijama); que le diga al padre que vaya; se quiere pasar al colchón de la madre. La madre señala que las dificultades del niño inician con dos eventos. El primero de ellos cuando el niño se despierta en la madrugada debido a los gritos escuchados en una sala conjunta en la que un niño estaba agonizando. El segundo evento ocurre cuando a E. se lo somete a un examen llamado “procedimiento” en el que tienen que dormirlo para realizarle un examen en la médula. El niño se despertó con los efectos de la anestesia sin poder ver claramente (veía borroso). De esta manera el niño se desespera y empieza a gritar que no puede ver, golpeándose los ojos y diciendo *“¡no puedo ver nada!; ¡Quiero ver! ¡¿Por qué no puedo ver?!”*

Las diferentes sesiones de juego permiten establecer la transferencia; incluye en el juego a la practicante. Después de una de las sesiones, en el momento de la despedida, la practicante dice: *“E. es hora de irme, mañana seguimos”*. E. se

cubre los ojos y dice *“no quiero ver”* pudiendo verbalizar esa dificultad anterior. Las siguientes sesiones permiten que el niño ahora pueda susurrar un *“Chao”* y luego pueda verbalizar normalmente un *“Hola”* o un *“ya no tengo cables mírame”*.

En una de las sesiones posteriores el niño está sentado y la profesora (del área de pediatría) le da una hoja con el dibujo de un pajarito. La profesora le da la consigna de pegar papelitos amarillos dentro del cuerpo del pajarito. La practicante se sienta al lado y observa. Cuando el niño menciona que ha terminado mira a la practicante y menciona *“¡Uy le tapé los ojos!”*. Rápidamente empieza a arrancar todos los papeles del cuerpo del dibujo. Recoge los papeles arrancados y se los da a la practicante mencionando *“tú guárdalos”*.

En la siguiente sesión el niño menciona a propósito de un niño que estaba llorando en la cama conjunta: *“llora porque tiene hambre”*. Cuando se le pregunta si él también ha llorado por alguna razón, el niño no responde e inicia un juego de rompecabezas.

En la siguiente sesión la practicante utiliza a la figura del pajarito para que el niño trate de verbalizar sus dificultades. El pajarito (su madre) le ha comentado a la psicóloga que él no ha podido dormir. El niño pregunta el nombre del pajarito y la practicante le responde *“¿cómo crees que se llama?”* A lo que él responde: *“Israel”* (el segundo nombre de E.).

De esta manera en las siguientes sesiones el niño puede verbalizar que no pudo ver cuando salió del examen: *“no podía ver pero no le digas al pajarito”*.

En las siguientes sesiones ya no tiene interés en saber nada sobre la figura del pajarito, sin embargo, menciona que quiere dibujar. Dibuja un círculo y le pide al practicante que dibuje la cara, los ojos, nariz y boca, seguido de esto, pide que el cuerpo sea dibujado. Luego de esto él hace tres copias del dibujo. Luego dibuja un camino y al final de este una casa (pide a la practicante que dibuje la puerta de la casa) y menciona *“ya me quiero ir a mi casa”*.

En las siguientes sesiones, E. se encuentra muy débil por los bloques de quimioterapia y el trabajo no puede llevarse a cabo.

Durante la penúltima sesión realiza un juego de carros en el que el carro pequeño (su preferido) le gana al carro grande (el de las llantas “ganotas”, el del padre). Golpea al carro grande con el carro pequeño. Seguido de esto inserta su dedo dentro de su ojo y dice: “mira”; sonriendo inicia nuevamente el juego. Seguido de esto se acuesta en la cama y realiza la siguiente mímica: agarra el carro grande y se lo dirige hacia los ojos como si fuera a golpear su cara con él, luego mira a la practicante y sonrío.

Durante la última entrevista menciona que su padre lo fue a visitar el día anterior y que le compró un par de zapatos nuevos. Le dice a la madre que lo ayude a bajar de la cuna y le muestra a la practicante que ya puede caminar (el personal médico le había dicho a la madre que el hecho de que E. no pudiera

caminar, podría deberse a los efectos de la quimioterapia o de la enfermedad mismo). Se coloca los zapatos y da unos pasos sonriendo. Se dirige a una mesa y se introduce el dedo en el ojo (como en la sesión anterior). Seguido de esto agarra un gotero de la mesa y menciona: *“Yo me pongo esto en los ojos porque la luz me molesta y no puedo ver, mi papá me compó”* (Realiza el mismo ademán de antes: el de introducir su dedo, pero esta vez con el gotero)

El último día de su estadía en el hospital, E. es llevado por tercera vez a que se le realice el examen en procedimiento, esta vez, para sorpresa de su madre y del personal de enfermeras, E. sale tranquilo de los efectos de la anestesia, no insiste en que no puede ver y menciona: *“tengo hambre, quiero jugar”*.

Comentario

A pesar de su edad, el paciente logra verbalizar un par de dificultades, entre ellas, el hecho de no tener (o querer) bien registradas la ausencia y la presencia. Brevemente logra verbalizar algo acerca de la escena en la que no podía ver.

Hubo frases cortas con respecto a su familia. Menciona al hermano menor y al padre. Se puede conjeturar que en sus frases se puede hacer evidente el conflicto edípico y la autoagresividad normalmente presentes a esa edad, así mismo, esto es notorio durante el juego y los episodios en los que no puede dormir en los que reclama que la madre duerma con él.

Por otro lado, se puede conjeturar también que existen dificultades en la constitución de su imagen corporal. Si bien existe un ambiente inapropiado en el que es sometido a pruebas diarias, a ser medicado, etc. parece que el paciente está intentando construir algo con respecto a su cuerpo, ya sea por medio del dibujo, a manera de burla por medio del practicante, o finalmente por medio del uso del padre quien le compra “las gotas”.

Así mismo, se puede dejar como hipótesis que E. pudo haber tenido ciertos síntomas conversivos, los mismos que eventualmente mejoraron como: no poder dormir, caminar o no poder ver después del examen médico.

No se puede hablar estrictamente de división subjetiva debido a la edad del paciente pero existen puntos de obstáculo como la dificultad para hablar con respecto a lo que le da miedo, de ese no poder ver, etc. No es un paciente normalmente ansioso pero si se puede observar un poco de ansiedad durante sus juegos, específicamente cuando los utiliza cuando tiene dificultades en verbalizar puntos de obstáculo.

Por último se puede dejar como hipótesis final que E. padecía de angustia de castración y sus manifestaciones físicas, por ejemplo: “no puedo ver”, pueden constituir la angustia por: ser separado de la madre por el padre (antes de ser hospitalizado) y por ser separado de la madre por la situación en el hospital. El goce que irrumpe, lo deja sin recursos simbólicos y esto puede constatarse con la hipótesis de los síntomas conversivos que pudo haber padecido.

4.2 Análisis de las técnicas utilizadas

A pesar de los esfuerzos por dar mayor apertura a la técnica del psicoanálisis dentro del contexto de las instituciones, es evidente que no puede hablarse de la aplicación de psicoanálisis puro dentro del dispositivo médico, es decir, hay principios del psicoanálisis que no se pueden aplicar totalmente.

En primer lugar, en cuanto a la demanda, en el hospital los pacientes no solicitan el servicio de psicología, los modos con los que se da inicio el trabajo son diferentes a las de un análisis, en el cual se pretende generar una demanda de análisis y el paciente acudiría por cuenta propia a las sesiones. En SOLCA, el psicólogo acude al paciente ofreciendo el espacio para hablar y el paciente puede aceptar o no el trabajo. Existen casos en que los pacientes aceptan el trabajo pero no hay un trabajo continuo, de manera que en las entrevistas el paciente maneja un relato muy limitado.

Ahora bien, en cuanto a la duración del servicio, este no es tan extenso como lo sería un psicoanálisis, sin embargo, tampoco hay un tiempo delimitado o previamente establecido. Hay casos en que los pacientes deben permanecer durante varios meses internados en el hospital, convirtiéndose esto, muchas veces, en una ventaja, ya que hay pacientes que mantienen el trabajo durante todo ese tiempo. A pesar de esto, es usual que no retomen el trabajo nuevamente de manera externa o ambulatoria; raros son los casos en los que el paciente acude nuevamente luego de que el hospital les dé el alta. Y es que el tiempo varía según cada caso. Al respecto de este tema Eric Laurent (2006, pág. 1) menciona: “Una cura se prolonga hasta que el analizante esté lo suficientemente satisfecho de la experiencia que ha hecho como para dejar al

analista. Lo que se persigue no es la aplicación de una norma sino al acuerdo del sujeto consigo mismo”. Existen casos en el hospital en los que se pueden ver efectos terapéuticos desde pocas sesiones hasta después de varios meses en sesión.

En el caso de las intervenciones del lado del operador, Cistina Barredo (Barredo, 2012, pág. 27) aclara:

Hay intervenciones, señalamientos e interpretaciones que en un proceso analítico se deberían de realizar sabiendo que va a haber un tiempo prolongado para trabajarlos. Pero en el hospital no se las puede hacer. Pueden generar un efecto contraproducente al no poder sostener el trabajo. Generar una mayor angustia que luego no va a ser trabajada.

Ahora bien, es importante señalar dos aspectos importantes en este tema que son la transferencia y las condiciones ambientales. Al inicio de las entrevistas, el paciente responderá a las preguntas que el psicólogo hace desde la posición de autoridad, tal como lo haría un médico, hasta que pueda generarse otra clase de vínculo. Es responsabilidad del operador poder generar esta otra clase de vínculo, es decir, un lugar en el que se tenga siempre como posibilidad al sujeto (posibilidad de la manifestación del inconsciente). En el caso de las condiciones ambientales hay que recordar que los pacientes se encuentran en salas compartidas por otros pacientes, familiares, enfermeras y médicos generándose en muchas ocasiones toda una serie de interrupciones.

Para finalizar, es importante resaltar que la técnica se modifica un poco al ser aplicada a niños. En este caso, se ha incluido la hora de juego y el dibujo. En el caso de los niños, los señalamientos por parte del entrevistadores van a ser mucho más escasos o nulos que en el trabajo con los adultos. Muchas veces las entrevistas serán un poco más específicas, con preguntas más directas. Así mismo, van a haber más interrupciones por parte del personal médico y los familiares.

En conclusión, a pesar de las limitaciones de la técnica debido a las condiciones del hospital, es posible llevar a cabo el objetivo del dispositivo en la mayoría de los casos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El dispositivo fundamentado en el presente trabajo fue pensado específicamente en relación a la institución SOLCA, sin embargo, se da total apertura para que su funcionalidad pueda ser aplicada a otras instituciones, siempre y cuando se pueda dar cuenta de su validez, de las limitaciones y alcances de la misma.

El dispositivo toma como punto de partida la siguiente conjetura: el paciente “problematizado” (Torres, 2013) por la situación o escena actual, consume una gran cantidad de energía afectando su salud, su sistema inmunológico y otros aspectos de su vida. Por medio de la aplicación del dispositivo, es posible obtener efectos que disminuyan la carga de ansiedad que genera la situación actual.

El objetivo principal, en base a la técnica y metodología del dispositivo, es la de promover el relato, es decir, lograr que el paciente hable, que hable sobre su sufrimiento actual y que lo vaya asociando, en el mejor de los casos, con momentos pretéritos de su vida. Cabe recordar que el dolor está íntimamente ligado con un dolor pretérito. Así mismo, no hay que olvidar que habrá una predisposición fantasmática diferente en cada caso.

Al promover el relato se busca que haya un ejercicio de “historización” (Torres, 2013), es decir, que se impliquen otras escenas (pasaje del S1 al S2). Durante el transcurso del relato, el operador está atento a encontrar “(...) la conexión, la palabra o significante que permita movilizar el dolor actual y así lograr disminuir

el exceso de ansiedad encapsulado en la situación de enfermedad...” (Torres, 2013), de manera que existe la posibilidad de que se consigan efectos terapéuticos de apaciguamiento, tranquilidad o construcciones de orden fantasmático como “esto que me afecta ahora me ha afectado antes” (Torres, 2013).

A medida que el paciente relata en su discurso, la energía psíquica se dispersa a otras escenas, conteniéndose así, la angustia. Es tarea del operador indagar sobre cómo estas otras situaciones del pasado, por así decirlo, pueden estar asociadas con la escena actual y cómo están asociadas con la economía de goce particular. “En ciertos pacientes, la movilización de escenas, desemboca en un punto de dificultad, un punto desarticulado de la cadena, un roce con lo inconsciente, con lo Real; es en ese momento en que el operador realiza una invitación al establecimiento de una demanda: ¿Ud. quiere saber? Siga hablando” (Torres, 2013, pág. 2). No obstante, lo usual es que el paciente evite el enfrentamiento y utilice frases como: “Dios sabe porque hace las cosas”; en estos casos no se presiona al paciente a hablar, es decir, no insiste en la dificultad; es el paciente quien coloca los límites durante las entrevistas, durante su investigación personal. De esta manera, la implicación de otras escenas, cumple el objetivo de ser terapéutico, pudiendo resultar en un sujeto que esté dispuesto a enfrentarse con el obstáculo real, como que no lo esté.

La finalidad del dispositivo no es llevar al sujeto a una experiencia de psicoanálisis puro, ni necesariamente a una investigación inconsciente. Dadas las condiciones del contexto hospitalario, el dispositivo promueve la oferta de un espacio de palabra y como el paciente no elige acudir por su propia cuenta, “las

intervenciones realizadas por los operadores no pueden hacerse constantemente en vías de develar lo oculto a la consciencia” (Torres, 2013).

El dispositivo se fundamenta en lo que Miller (2009) denomina como “esbozo del acto analítico”, en tanto se trabaja efectivamente por la vía de la singularidad y se busca el despliegue de la asociación libre. Es un servicio pensado desde la clínica en tanto el ejercicio de escuchar al uno por uno, y la reflexión de la experiencia con la teoría.

Si bien con la aplicación del dispositivo de atención se obtienen efectos ansiolíticos, esto no se trata en ningún caso de hacer psicoterapia. Los efectos terapéuticos vienen por añadidura, y estos no necesariamente son visibles, comprobables o positivos.

El dispositivo de psicoanálisis aplicado a la terapéutica responde a los criterios de la singularidad, la libre asociación, la práctica por la palabra, etc. conduciendo a que el sujeto logre tener la posibilidad de reconocer que hay algo más allá, reduciendo así, la carga libidinal por las situaciones actuales. Se puede sostener que los principios fundamentales del psicoanálisis son aplicables y validos a la práctica dentro de esta institución específica.

Las herramientas específicas adquiridas por los operadores durante el ejercicio del dispositivo son las siguientes: (Torres, 2013):

- “Leer el discurso en su dimensión de literalidad, su dimensión significativa, separándose de una atención focalizada en los afectos y afinando el oído para dar cuenta del significante, la escena o el dicho repetitivo” (Torres, 2013).
- Dar cuenta de las frases vagas ya que estas constituyen la “antesala de una escena (la metonimia), buscando señalarlas para conseguir la movilización del discurso hacia una escena más particular, por ejemplo: siempre me pasa esto – ¿En qué otro momento le ha pasado?” (Torres, 2013).
- Tener presente la distinción de obstáculo imaginario y obstáculo real: uno se basa en la dimensión transferencial, por ejemplo un paciente podría decir: Ud. Es muy joven para que yo le cuente estas cosas. En el caso del obstáculo real, ocurre cuando el sujeto se tropieza con la dificultad y no encuentra recursos simbólicos, esto es, el tropiezo con el “a”, que resulta más evidente cuando hay casos de perplejidad e intentos de enunciación.
- Tener presente que las intervenciones y cortes deben llevar al sujeto a hablar y no deben realizarse en función de la curiosidad del operador. De lo que se trata es de entender que hay momentos para insistir y otros para no hacerlo.
- No se trata de que el paciente logre dialectizar la escena primaria, hay que recordar que el paciente no entra en análisis. De lo que se trata de que el paciente logre dialectizar sobre sus obstáculos, o al menos que estos queden en el plano de lo que no puede decir, de que hay algo que posee una dificultad en su historia.

- Adquirir la destreza para que las hipótesis del caso se mantengan en una dimensión de probabilidad y no en una certeza. Es una labor que ensambla una propuesta de trabajo no decorada ni encajada. De lo que se trata es de saber leer el discurso tomando en cuenta que lo que hay son relaciones de convergencia en el discurso del paciente sin tomarlas como causales o lineales.
- Adquirir la habilidad de la escucha, de mantenerse al margen, invitando al paciente a hablar pero sin dar respuestas a las dudas del paciente.

Dentro del marco hospitalario hay ciertas limitaciones para lograr llevar a cabo el trabajo de la propuesta descrita. Es importante que el operador logre reconocer qué es lo que sí puede hacer, desde su lugar, ante el malestar del sujeto.

Se puede corroborar, a través de la práctica de la experiencia del dispositivo, que los sujetos a los que se atiende logran reducir sus ansiedades. Más allá de las limitaciones de tiempo y espacio dentro del hospital, por medio del trabajo del operador, el sujeto logra trabajar aspectos pretéritos que inciden en su situación actual, logrando que el sujeto pueda hacer un acomodamiento frente a su situación actual.

BIBLIOGRAFÍA

- Servicio de Psicología.* (2010). Recuperado el 28 de Marzo de 2013, de Instituto del Cáncer Solca—Cuenca : http://www.institutodelcancer.med.ec/index_archivos/psicologia.htm
- Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo.* (Agosto de 2011). Recuperado el 6 de Octubre de 2012, de Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador: <http://www.solca.med.ec/>
- Esquema L.* (29 de Diciembre de 2012). Recuperado el 29 de Abril de 2013, de Nel Medellín- Blog de la Nueva Escuela Lacaniana: <http://nel-medellin.org/las-respuestas-del-psicoanalista-hacia-una-definicion/esquema-l-2/>
- Proceso de autoevaluación.* (28 de Febrero de 2012). Recuperado el 30 de Abril de 2013, de Universidad Tecnológica Equinoccial: <http://www.ute.edu.ec/Default.aspx?idSeccion=266&idCategoria=258&idNoticia=564>
- Carrera Psicología Clínica - Área de Investigación.* (2013). Recuperado el 30 de Abril de 2013, de Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación.: http://www2.ucsg.edu.ec/filosofia/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=62
- La universidad- Misión, Visión y Objetivos.* (2013). Recuperado el 30 de Abril de 2013, de Universidad Católica De Santiago De Guayaquil: http://www2.ucsg.edu.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=796
- Objetivos para el Buen Vivir.* (2013). Recuperado el 30 de Abril de 2013, de Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: <http://plan.senplades.gob.ec/objetivos-nacionales-de-desarrollo-humano>
- Aguirre, A. (Octubre de 2012). *El medio-decir es el mensaje.* Recuperado el 10 de Junio de 2013, de NEL Guayaquil - Nueva Escuela Lacaniana: <http://www.nel-guayaquil.org/Seminarios%202008-2009.doc>

- Alvarenga, E. (Octubre de 2007). *Notas sobre los centros de psicoanálisis aplicado a la terapéutica*. Recuperado el 29 de Abril de 2013, de La carta de la escuela en movimiento. Edición digital No.16: <http://lacarta.eol.org.ar/ediciones/006/template.asp?gacetilla/alvarenga.html>
- Angelo, L. D. (1998). La angustia y el trauma. Apuntes de lectura. En P. a. (EOLIA), *Trauma y discurso* (pág. 113). Málaga: Eolia/ Miguel Gómez Ediciones.
- Aromí, A. (Abril de 2010). *El inconsciente freudiano y el nuestro: Presentación del Seminario de Fundamentos del curso 2009-10*. Recuperado el 20 de Mayo de 2013, de NODVS: L'aperiòdic virtual de la Secció Clínica de Barcelona: <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=368&pub=4&rev=45&idarea=4>
- Arroyo, J. M., & López, M. L. (2010). *Aproximación al “esquema L” de Lacan y sus implicaciones en la clínica (parte I)*. Recuperado el 5 de Junio de 2013, de Scielo España: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/03.pdf>
- Attíe, J. (Julio de 2002). *El psicoanálisis aplicado y el psicoanálisis puro*. Recuperado el 4 de Marzo de 2013, de Virtualia#6: <http://virtualia.eol.org.ar/006/default.asp?notas/jattie-01.html>
- Barredo, C. (2012). *Propuesta de atención psicológica a madres del área de pediatría de Solca*. Guayaquil.
- Barrionuevo, J., & Sanchez, M. (Marzo de 2013). *Deseo, deseo del Otro y fantasma*. . Recuperado el 22 de Abril de 2013, de Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. : http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/deseo_otro_fantasma.pdf
- Benedito, G. (2003). Rol del psicólogo: rol asignado, rol asumido y rol posible. En N. Braunstein, M. Pasternac, & G. Benedito, *Psicología, Ideología y Ciencia* (págs. 403-419). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Braunstein, N. (2003). La psicología y la teoría psicoanalítica. En N. Braunstein, M. Pasternac, & G. Benedito, *Psicología: ideología y ciencia* (págs. 47-61). Buenos Aires: Siglo XXI.

- Briole, G. (1998). El acontecimiento traumático. En P. a. (EOLIA), *Trauma y discurso* (pág. 53). Málaga: Eolia/ Miguel Gómez Ediciones.
- Briole, G. (2012). Trauma. En A. M. Psicoanálisis, *El orden simbólico en el siglo XXI: No es más lo que era ¿Qué consecuencias para la cura?* (págs. 345 - 347). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Brousse, M.-H. (2012). Inconsciente. En A. M. Psicoanálisis, *El orden simbólico en el siglo XXI. No es más lo que era ¿qué consecuencias para la cura?* (pág. 189). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Cárdenas, M. H. (Noviembre de 2004). *La práctica lacaniana y el Psicoanálisis Aplicado*. Recuperado el 4 de Marzo de 2013, de PEPSIC: Metaphora #3: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2072-06962004000100020&script=sci_arttext
- Castaño, A. (6 de Noviembre de 2007). Una pragmática del psicoanálisis aplicado a la Salud Mental. *Análisis: revista de psicoanálisis y cultura de Castilla y León No.15*, 29-32.
- Cid, H. (16 de Mayo de 2007). *Acerca del nudo psicoanálisis puro - psicoanálisis aplicado*. Recuperado el 4 de Marzo de 2013, de AMP/WAP Asociación Mundial de Psicoanálisis. Edición de la IX Conversación de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis - Nº 2: <http://www.wapol.org/es/articulos/Template.asp>
- Cuñat, C. (1998). Trauma y tiempo del decir. En P. a. (EOLIA), *Trauma y discurso* (pág. 94). Málaga: Eolia/ Miguel Gómez Ediciones.
- de Hanze, M. (2012). *¿Por qué aliviaría el psicoanálisis?* Recuperado el 13 de Junio de 2013, de The Wannabe 08: http://www.nel-amp.org/the_wannabe_08/Por_que_aliviaria_el_psicoanalisis.html
- Definición.DE. (s.f.). *Definición de operador*. Recuperado el 13 de Junio de 2013, de Definición.DE: <http://definicion.de/operador/>
- Delgado, O. (2011). *El acontecimiento traumático*. Recuperado el 25 de Abril de 2013, de Vector Salud Mental: <http://www.vectorsaludmental.com/archivos/EI%20acontecimiento%20traum%20E1tico.doc>.

- Dupont, E. G. (s.f.). *Sobre la función del objeto "a" en la Dirección de la Cura*. Recuperado el 13 de Junio de 2013, de DelPuente: Red de asistencia, docencia e investigación en psicoanálisis: <http://www.psispolis.com.ar/intro/lacan.htm>
- Favret, E. (Noviembre de 2009). *Entre síntoma y fantasma*. Recuperado el 10 de Junio de 2013, de Virtualia No.19: <http://virtualia.eol.org.ar/019/template.asp?jornadas/favret.html>
- Feixas, G., & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1991). Conferencia Nº 18º. La fijación al trauma, lo inconciente (1916-17). En S. Freud, *Obras Completas, Vol. XVI*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1991). Conferencia Nº 23º. "Los caminos de la formación del síntoma" (1916-17). En S. Freud, *Obras Completas, Vol. XVI*. (pág. 35). Buenos Aires - Madrid: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1991). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (1912). En S. Freud, *Obras Completas, Vol. XII*. (pág. 26). Buenos Aires - Madrid: Amorrortu.
- Freud, S. (1991). Psicopatología de la vida cotidiana (1901). En S. Freud, *Obras Completas, Vol. VI*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1991). Sobre la dinámica de la transferencia (1912). En S. Freud, *Obras Completas, Vol. XII* (pág. 26). Buenos Aires - Madrid: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). "Pegan a un niño". Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales (1919). En S. Freud, *Obras completas, Vol. XVII*. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). Estudios sobre la histeria (1893-95). En S. Freud, *Obras Completas, Vol. II*. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1992). Fragmento de análisis de un caso de histeria (caso «Dora») (1905 [1901]). En S. Freud, *Obras Completas, Vol. VII* (pág. 29). Buenos Aires - Madrid: Amorrortu.

- Freud, S. (1992). Inhibición, síntoma y angustia (1925-26). En S. Freud, *Obras Completas, Vol. XX* (págs. 26, 82). Buenos Aires - Madrid: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad (1908). En S. Freud, *Obras completas, Vol. IX*. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). Lo inconciente (1915). En S. Freud, *Obras Completas, Vol. XIV*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992). Lo ominoso (1919). En S. Freud, *Obras Completas, Vol. XVII*. Buenos Aires - Madrid: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992). Más allá del principio de placer (1920). En S. Freud, *Obras Completas, Vol. XVIII*. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu.
- Freud, S. (1995). Los Orígenes Del Psicoanálisis (1968). En S. Freud, *Cartas a Fliess* (págs. 585-770). Madrid: Alianza .
- García, A. (10 de Mayo de 2011). *PIPOL NEWS 40: Sobre psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia*. Recuperado el 4 de Marzo de 2013, de EuroFederation of Psychoanalysis: http://www.europsychoanalysis.eu/site/print_view/en/123
- García, L. (10 de Marzo de 2008). *Psicoanálisis aplicado y hospital público*. Recuperado el 4 de Marzo de 2013, de Microscopia: <http://microscopia2007.blogspot.com/2008/03/psicoanalisis-en-la-salud-mental.html>
- Gené, M. C. (s.f.). *Las series complementarias*. Recuperado el 19 de Mayo de 2013, de Intersección Web: http://www.interseccionweb.com.ar/publicaciones/series_complementarias.pdf
- Grunfeld, A. (2003). *Noche Preparatoria: Presentación de la Red Asistencial*. Recuperado el 13 de Junio de 2013, de EOL: <http://ea.eol.org.ar/01/es/template.asp?simultaneas/convredasistencial/agrunfeld.html>
- Herrera, R. (9 de Mayo de 2011). *La filosofía, el psicoanálisis y sujeto del inconsciente*. Recuperado el 3 de Mayo de 2013, de Revista: Carta Psicoanalítica. No.17: <http://www.cartapsi.org/spip.php?article303>

- Lacan, J. (20 de Junio de 1962). *Seminario IX. La identificación. Clase 20 Junio 1962*. Recuperado el 29 de Abril de 2013, de Scribd: <http://es.scribd.com/doc/7145578/Jacques-Lacan-Seminario-9>
- Lacan, J. (26 y 27 de septiembre de 1967). Clase 23: 21 de Junio de 1967. En J. Lacan, *Seminario 14: La lógica del fantasma*. Psikolibro.
- Lacan, J. (24 de Noviembre de 1975). *Conferencia en la Universidad de Yale*. Recuperado el 12 de Marzo de 2013, de El psicoanalista lector: <http://elpsicoanalistalector.blogspot.com/2008/12/jacques-lacan-conferencia-en-la.html>
- Lacan, J. (1981). Clase 11: Ideal del Yo y Yo-Ideal. En J. Lacan, *Seminario 1: los Escritos Técnicos de Freud (1953-54)* (pág. 83). Buenos Aires - Barcelona: Paidós.
- Lacan, J. (1981). Clase 3: La resistencia y las defensas. En J. Lacan, *Seminario 1: los Escritos Técnicos de Freud (1953-54)* (pág. 17). Buenos Aires - Barcelona: Paidós.
- Lacan, J. (1981). Clase 4: El yo y el otro yo. En J. Lacan, *Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud (1953-54)* (pág. 19). Buenos Aires - Barcelona: Paidós.
- Lacan, J. (1981). Clase 8: ¡El lobo! El lobo! En J. Lacan, *Seminario 1: Los Escritos Técnicos de Freud (1953-54)* (pág. 42). Buenos Aires - Barcelona: Paidós.
- Lacan, J. (1982). Clase 8: El saber y la verdad. En J. Lacan, *Seminario 20: Aún (1974)*. Buenos Aires - Barcelona - México: Paidós.
- Lacan, J. (1983). El circuito. En J. Lacan, *Seminario 2: El yo en la teoría de Freud (1954-55)* (pág. 43). Buenos Aires - Barcelona: Paidós.
- Lacan, J. (1987). Clase 18: Del sujeto al que se supone saber, de la primera diada, y del bien. En J. Lacan, *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis (1964)*. Buenos Aires - Barcelona - México: Paidós.
- Lacan, J. (1987). Clase 11: Análisis y verdad o el cierre del inconsciente. En J. Lacan, *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis (1964)*. Buenos Aires-Barcelona-México: Paidós.

- Lacan, J. (1987). Clase 2: El inconsciente freudiano y el nuestro. En J. Lacan, *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis (1964)*. Buenos Aires-Barcelona-México: Paidós.
- Lacan, J. (1987). Clase 5: Tyche y Automatón. En J. Lacan, *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis (1964)*. Buenos Aires - Barcelona-México: Paidós.
- Lacan, J. (1992). *Seminario 17. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1995). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Seminario 11*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2005). Clase 2: La angustia, signo del deseo. En J. Lacan, *Seminario 10: La angustia (1962)* (pág. 33). Buenos Aires-Barcelona-México: Paidós.
- Lacan, J. (2005). Clase I: La angustia en la red de los significantes. En J. Lacan, *Seminario 10: La Angustia (1962-63)* (pág. 14). Buenos Aires-Barcelona-México: Paidós.
- Lacan, J. (2005). Juventud de Gide, o la letra y el deseo 1958. En J. Lacan, *Escritos II* (págs. 719-743). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2005). Posición del inconsciente. En J. Lacan, *Escritos II* (págs. 808-829). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2006). Joyce, el síntoma 1975. En J. Lacan, *Seminario 23. El sinthome* (págs. 159-166). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2007). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En J. Lacan, *Escritos 1* (pág. 244). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2007). Intervención sobre la transferencia. En J. Lacan, *Escritos 1* (pág. 215). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2007). La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. En J. Lacan, *Escritos 1* (pág. 498). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2007). Seminario sobre la carta robada. En J. Lacan, *Escritos 1* (págs. 5-55). Buenos Aires: Siglo XXI.

- Lacan, J. (30 de Diciembre de 2008). "*Conferencia en la Universidad de Yale*" (24 de noviembre de 1975). Recuperado el 20 de Mayo de 2013, de El Psicoanalista Lector: <http://elpsicoanalistalector.blogspot.com/2008/12/jacques-lacan-conferencia-en-la.html>
- Lacan, J. (2008). Clase 14. En J. Lacan, *Seminario 16: De un otro al Otro* (1968-69). Buenos Aires - Barcelona - México: Paidós.
- Lacan, J. (2012). Televisión 1973. En J. Lacan, *Otros escritos* (págs. 535-571). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2013). *La comisión de la garantía 1967*. Recuperado el 7 de Marzo de 2013, de Asociación Mundial de Psicoanálisis : http://www.wapol.org/es/las_escuelas/TemplateArticulo.asp?intTipoPagina=4&intEdicion=4&intIdiomaPublicacion=1&intArticulo=183&intIdiomaArticulo=1&intPublicacion=10
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (2007). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós: Buenos Aires.
- Laurent, E. (2 de Septiembre de 2006). *Principios rectores del acto analítico*. Recuperado el 10 de Marzo de 2013, de Blog de la Asociación Mundial de Psicoanálisis: <http://ampblog2006.blogspot.com/2006/09/principios-rectores-del-acto-analitico.html>
- Laurent, É. (Febrero de 2007). *Principios rectores del acto analítico*. Recuperado el 12 de Junio de 2013, de Bitacora Lacaniana No.2: <http://www.nel-amp.com/bl/bl02/eficacia.html>
- Laurent, É. (8 de Julio de 2011). La ilusión del cientificismo, la angustia de los sabios. *Freudiana No.62*, 29-37.
- León, B. (25 de Septiembre de 2009). *Revista Judicial*. Recuperado el 30 de Abril de 2013, de Ley de Educación Superior: http://www.derechoecuador.com/index.php?option=com_content&task=view&id=5148
- Leys, R. (s.f.). *Freud y el Trauma*. Recuperado el 24 de Abril de 2013, de El Seminario: http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Leys_Freud_Trauma.pdf

- López, O. (n.d.). *Manual de estilo APA 6ta Edición*. Recuperado el 5 de Marzo de 2013, de SlideShare: Slideshare: <http://www.slideshare.net/regalado3/estilo-apa-sexta-edicin>
- Marugán, J. (2011). *Los cuatro o cinco discursos y la crisis en el lazo social*. Recuperado el 13 de Marzo de 2013, de Revista digital: Psicoanálisis en el sur No.7: http://www.psicoanalisenelsur.org/num7_articulo4.htm
- Mier, R. (4 de Enero de 2001). *Bataille:erotismo y transgresión*. Recuperado el 1 de Abril de 2013, de La jornada: <http://www.jornada.unam.mx/2001/01/04/ls-bataille.html>
- Miller, J. A. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (1999). Las contraindicaciones al tratamiento psicoanalítico. *El caldero de la escuela No. 69*, 7-13.
- Miller, J. A. (2001). Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. *Freudiana No.32*, 7-42.
- Miller, J. A. (Noviembre de 2009). *Cosas de finura en psicoanálisis*. Recuperado el 4 de Marzo de 2013, de Escuela de la Orientación Lacaniana: http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=publicaciones&SubSec=on_line&File=on_line/jam/curso/2008.html
- Miller, J. A. (18 de Julio de 2012). Leer un síntoma. *Revista Lacaniana No.12*, 18.
- Miller, J.-A. (1998). El aparato de psicoanalizar. En P. a. (EOLIA), *Trauma y discurso* (págs. 30-31). Málaga: Eolia/ Miguel Gómez Ediciones.
- Miller, J.-A. (Agosto de 2005). La era del hombre sin atributos. *Freudiana No. 45*, 7-41.
- Miller, J.-A. (2007). *Introducción al Seminario X de Jacques Lacan*. Madrid: ELP-Gredos.
- Miller, J.-A. (Abril de 2008). "*Lacan enseña*": *Esbozo de una alocución en el Coloquio del Centenario realizado en Roma el 26 de mayo de 2001. El tema propuesto por los organizadores fue: "La enseñanza de Jacques Lacan"*. Recuperado el 18 de Mayo de 2013, de Consecuencias : Revista digital de psicoanálisis, arte y pensamiento.:

<http://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/001/template.asp?arts/alcances/miller.html>

Miller, J.-A. (19 de Noviembre de 2008). *Cosas de finura en psicoanálisis. Curso del 19 de noviembre de 2008*. Recuperado el 7 de Octubre de 2012, de Blog de la Asociación Mundial de Psicoanálisis: <http://www.wapol.org/es/orientacion/TemplateArticulo.asp?intTipoPagina=4&intPublicacion=13&intEdicion=5&intIdiomaPublicacion=1&intArticulo=1703&intIdiomaArticulo=1>

Miller, J.-A. (2009). La Salvación por los Desechos. *El psicoanálisis, Revista de la Escuela Lacaniana N. 16*, 15-23.

Millieri Riera, R. (Mayo de 2010). *El corte*. Recuperado el 13 de Junio de 2013, de Kairós associació per la psicoanàlisi: <http://www.clinicapsicoanalitica.com/es/publicacio/el-corte>

Mogrovejo, J. A. (2012). *Manejo crítico de información confidencial en el marco de la institución hospitalaria*. Guayaquil.

Mollo, J. P., & Li Fraini, M. (s.f.). *Lo que el psicoanálisis enseña*. Recuperado el 13 de Junio de 2013, de Bahiamasotta: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=11&cad=rja&ved=0CDAQFjAAOAO&url=http%3A%2F%2Fwww.bahiamasotta.com.ar%2Ftextos%2F3b1.doc&ei=Ev65UfjuE4yE9gSj-oGQAQ&usg=AFQjCNEGmOW_CUQZijtRSjUR6pOmMqB26w&bvm=bv.47883778,d.eWU

Naveau, P. (2012). Fantasma. En A. M. Psicoanálisis, *El orden simbólico en el siglo XXI No es más lo que era ¿Qué consecuencias para la cura?* (págs. 143 - 145). Buenos Aires: Grama Ediciones.

Oleas, D. (2011). *El rol del Psicólogo Clínico en las Instituciones*. Guayaquil.

Pérez, M. A. (2012). *Diván y corte de sesión*. Recuperado el 13 de Junio de 2013, de Psico Correo: <http://www.psicocorreo.com.ar/divan.html>

Quiroga, O. (2003). *El fantasma y la presencia real*. Recuperado el 19 de Abril de 2013, de Revista Letra Psicoanalítica, revista virtual de la Maestría en Psicoanálisis de la Universidad Kennedy:

http://www2.kennedy.edu.ar/departamentos/psicoanalisis/articulos/fantasma_presencia.pdf.

Rubistein, A. (Mayo de 2003). *Los modos de aplicación del psicoanálisis*. Recuperado el 4 de Marzo de 2013, de Virtualia #7: <http://virtualia.eol.org.ar/007/default.asp?notas/arubistein-01.html>

Rubistein, A. (2013). *¿A qué llamar terapéutico en psicoanálisis?* Recuperado el 29 de Abril de 2013, de Nueva Escuela Lacaniana del Campo Freudiano-México- Textos online: psicoanálisis y psicoterapia.: <http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/textosonline/subseccion/Psicoanalisis-y-Psicoterapia/669/A-que-llamar-terapeutico-en-psicoanalisis>

Sper, E. (2012). *Sintoma y sinthome*. Recuperado el 17 de Mayo de 2013, de Nel Guayaquil: <http://nel-guayaquil.org/carteles/SINTOMA%20Y%20SINTHOME%20por%20Elena%20Sper.doc>.

Torres, C. (2013). *Anillado de prácticas en SOLCA 2012- 2013*. Guayaquil.

Vallejo, A. L. (Junio de 2013). *La repetición: un concepto fundamental* . Recuperado el 12 de Junio de 2013, de Revista Consecuencias: <http://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/010/template.asp?arts/Variaciones/La-repeticion-Un-concepto-fundamental.html#notas>

Velez, M. (23 de Noviembre de 2009). *Sobre la Localización Subjetiva*. Recuperado el 1 de Julio de 2013, de Blog de Margarita Velez: <http://margaritavelezmaya.blogspot.com/2009/11/sobre-la-localizacion-subjetiva.html>

Vidal, J. (29 de Marzo de 2010). *La marcha y el tropiezo*. Recuperado el 10 de Junio de 2013, de Lacan para afuera: <http://lacanparaafuera.blogspot.com/2010/03/la-marcha-y-el-tropiezo.html>

Vidal, J. A. (26 de Abril de 2006). *Desciframiento o perturbación*. Recuperado el 13 de Junio de 2013, de El sigma: <http://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/desciframiento-o-perturbacion/9792>

Villavella, M. (Abril de 2009). *Decir Neurótico*. Recuperado el 12 de Junio de 2013, de Extensión Universitaria: <http://www.extensionuniversitaria.com/num103/art02.htm>

Zavala, S. (Marzo de 2012). *Guía a la redacción en el estilo APA, sexta edición*. Recuperado el 5 de Marzo de 2013, de Sistema Universitario Ana G. Méndez:
<http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/pdf/GuiaRevMarzo2012APA6taEd.pdf>