



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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

Relación entre psicoanálisis y medicina desde la multiplicidad de modificaciones de la clínica clásica, en el trabajo con pacientes Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante las prácticas clínicas del año 2014-2015. Análisis de la experiencia práctica

AUTOR (A):

Solís Rodríguez, Lizbeth Estefanía

**Trabajo de Graduación previo a la Obtención del Título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTOR:

Estacio Mariana

**Guayaquil, Ecuador
2015**



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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Lizbeth Estefanía Solís Rodríguez**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTOR (A)

Estacio Mariana

DIRECTOR DE LA CARRERA

Alexandra Galarza

Guayaquil, a los veinte días del mes de febrero del año 2015



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Lizbeth Estefanía Solís Rodríguez

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Relación entre psicoanálisis y medicina desde la multiplicidad de modificaciones de la clínica clásica, en el trabajo con pacientes del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante las prácticas clínicas del año 2014-2015. Análisis de la experiencia práctica**, previa a la obtención del Título **de Licenciada en psicología clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los veinte días del mes de febrero del año 2015

EL AUTOR (A)

Lizbeth Estefanía Solís Rodríguez



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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Lizbeth Estefanía Solís Rodríguez**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Relación entre psicoanálisis y medicina desde la multiplicidad de modificaciones de la clínica clásica, en el trabajo con pacientes del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante las prácticas clínicas del año 2014-2015. Análisis de la experiencia práctica**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los veinte días del mes de febrero del año 2015

EL (LA) AUTOR(A):

(Firma)

Lizbeth Estefanía Solís Rodríguez

AGRADECIMIENTO

“A mis padres que me dieron la oportunidad de estar aquí, en el mundo”

“A mi abuelo, te amo”

“A Francisco y a Ana, por su ayuda en este camino”

“A ti, gracias”

Lizbeth Estefanía Solís Rodríguez

DEDICATORIA

Yo creía que me miraba por primera vez. Pero luego, cuando dio la vuelta por detrás del velador y yo seguía sintiendo sobre el hombro, a mis espaldas, su resbaladiza y oleosa mirada, comprendí que era yo quien la miraba por primera vez. (...) Le veía los párpados iluminados como todas las noches. Fue entonces cuando recordé lo de siempre, cuando le dije: «Ojos de perro azul». Ella me dijo, sin retirar la mano del velador: «Eso. Ya no lo olvidaremos nunca». Salió de la órbita suspirando: «Ojos de perro azul. He escrito eso por todas partes».

(Gabriel García Márquez, 1950)



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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

Estacio Mariana

ÍNDICE GENERAL

Resumen	x
Introducción.....	xi
Justificación.....	xiii
Contexto de la sistematización	xv
Objeto.....	xviii
1. Las categorías de lo real, simbólico e imaginario, aplicadas a un análisis institucional.....	22
1.1. Elementos estructurales de las instituciones hospitalarias	23
1.1.1. De lo decible a lo indecible de la enfermedad	27
2. La clínica o las clínicas.....	37
2.1. Revisión histórica sobre la clínica.....	42
2.2. Clínica hospitalaria: La ciencia y el saber	45
2.2.1. De la cuestión de los discursos.....	51
2.2.2. La experiencia, el saber y el secreto.....	56
2.3. A que se llama clínica en el psicoanálisis	57
2.3.1. Despertar para seguir soñando.....	62
2.3.2. Leer el síntoma	64
2.3.3. Una escritura que convenga al psicoanálisis.....	69
2.3.4. Interrogar e Interrogarse	71
2.4. Diálogo entre dos disciplinas: Medicina y Psicoanálisis	73
2.4.1. Posibilidades de inserción de la clínica psicoanalítica	78
3. Aplicación de los principios para una clínica orientada psicoanalíticamente	81
3.1. El practicante orientado analíticamente: ¿Cuál es su campo de intervención en la institución hospitalaria?	84
3.1.1. Momentos del acto clínico	87

3.2. La intervención con pacientes hospitalarios	89
3.2.1. El aparataje práctico: Hacer con lo que se tiene	91
4. Análisis de casos.....	94
4.1. De una mirada a otra	96
4.2. Lo que el Otro deja ver	99
Metodología de la investigación del desarrollo de la experiencia	103
Momentos del proceso metodológico en la sistematización	106
Análisis e interpretación de resultados	110
Conclusiones	114
Recomendaciones	116
Referencias	118
Anexos	129

Resumen

El trabajo de sistematización se realiza a razón de las prácticas pre-profesionales realizadas en el Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo desde mayo de 2014 hasta enero de 2015. El objetivo de este desarrollo es contribuir a partir del análisis de la clínica psicoanalítica insertada en el campo hospitalario, de tal forma que se identifique los puntos de inserción que permitirían un trabajo interdisciplinario que favorezca a los pacientes y familiares del hospital. Su relevancia radica en la extracción de los principios a partir de los cuales puede operar un practicante o profesional, a la vez que permite una lectura acerca de las relaciones posibles a establecer con los profesionales de la institución.

Palabras Claves: Sujeto, Inconsciente, Síntoma, Demanda, Transferencia, Institución

Abstract

This work of systematization is do to a pre-graduate training at Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo from May 2014 to January 2015. The purpose of the development of this paper is to contribute by analyzing the psychoanalytical clinic inserted in the hospital field, identifying the spaces that would allow the insertion of an interdisciplinary work that should benefit the patients of the hospital and their relatives. Its importance relies on the punctualization of the principles from which a trainee or professional can perform, allowing at the same time a lecture of the possible relationships to be establish with the other professionals of the institution.

Key Words: Subject, Unconscious, Symptom, Demand, Transference, Institution

Introducción

Las instituciones son un producto social, y como tales están atravesadas por los elementos simbólicos que en ella circulan, Castoriadis (1983, p. 201) explica que “las instituciones no se reducen a lo simbólico, pero no pueden existir más que en lo simbólico”, a partir de esta puntualización se introducen los elementos imaginarios que atraviesan la institución y aquellos que la conforman. Hablar de los elementos imaginarios implica las creencias, ceremonias, entre otros, que son marcas generadas por la historia de una institución y las significaciones que se han ido utilizando. En este sentido “lo imaginario preexiste y preside a toda organización, aun siendo la más primitiva, de la pulsión” (Bleger, Fornari, Roussillon, Vidal, 1987)

Desde este contexto cabe pensar la inserción del psicoanálisis como orientación de trabajo del practicante de psicología. La medicina ubicada como una ciencia opera desde el discurso del amo, a partir del cual no se interroga, pues se tiene el saber (en los manuales nosográficos), el psicoanálisis es la cara opuesta de la medicina, pues de entrada lo que surge es una pregunta. Medicina y psicoanálisis tienen también puntos de encuentro, como por ejemplo la clínica en su origen clásico, Foucault (1963, p. 85) dice “antes de todo sistema, la medicina, en su integridad, residía en una relación inmediata del sufrimiento con lo que lo alivia”. Sin embargo con el desarrollo de las ciencias, la relación médico-paciente ha cobrado nuevas singularidades caracterizadas por el barramiento del sujeto.

En el psicoanálisis, la clínica se mantiene con un contacto directo con el malestar del sujeto, Colovini (2008) citando a Freud, compara la clínica psicoanalítica con el método de Morelli (crítico de arte), pues de lo que se trata es de un proceso de desciframiento que consta de dos partes: primero de leer en el síntoma la letra que está inscrita como marca y por otra parte la escritura como un recorte generado por el acto analítico. A partir de esta introducción, el

trabajo estará atravesado por los conceptos: Sujeto, Inconsciente, Síntoma, Demanda, Transferencia, Institución.

Para el psicoanálisis el sujeto no es algo que está dado de antemano, el sujeto debe advenir. Lacan (1964) explica que el sujeto adviene del campo del Otro, de lo que se trata es de una elección: el ser o el sentido, escoger el sentido implica entrar al campo del Otro, quedando mermado por el sin sentido y es lo que constituye el inconsciente. Lacan (1956-7) menciona que “el inconsciente, a partir de Freud, es una cadena de significantes que en algún sitio (en otro escenario, escribe él) se repite e insiste”, dicha insistencia tiene múltiples manifestaciones y una de ellas es el síntoma con su cara de goce y la cara significativa, que al presentarse como egodistónico puede generar un pedido de trabajo. En la experiencia analítica nos encontramos con el pedido inicial, demanda de análisis por parte del paciente, de ratificar los síntomas que hacen signo de malestar, sin embargo este primer pedido puede encubrir un motivo latente. Miller (1997) explica cómo durante las entrevistas preliminares la primera demanda podrá cobrar nuevas formas y esto dependerá de la dirección que oriente el practicante con sus intervenciones.

La relación analítica está atravesada por la dinámica transferencial, la cual consiste en un fenómeno interpersonal, siendo el resorte, la brújula y el motor de la cura. Proceso en el cual elementos o escenas inconscientes se manifiestan en la actualidad sobre otros personajes, como por ejemplo la figura del practicante. “Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad” (Jean Laplanche, Jean-Bertrand Pontalis , 2004). Es a partir de estos elementos que se inserta el psicoanálisis en la institución, entendiéndola como un conjunto de estructuras sociales, que regula las relaciones a su interior.

Justificación

El presente documento tiene su origen en la experiencia de las prácticas pre-profesionales realizadas en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo electivo 2014 al 2015, en el cual se brinda atención psicológica de orientación psicoanalítica a pacientes y familiares del área de neurocirugía. Abordar la relación, psicoanálisis-medicina, requiere de un análisis desde los inicios del desarrollo de la clínica. Foucault, M. (1963) explica que en sus orígenes la clínica consistía en una labor pensada sobre la base de una relación de hombre a hombre en la que por una parte se comunicaban los malestares y por otra parte se indicaba el tratamiento. Producto del avance de la medicina y la tecnología, el saber paso a recluirse a un grupo privilegiado de expertos, para quienes no era necesario comunicar a quien se encontraba en calidad de paciente.

Desde la clínica psicoanalítica es otra la dinámica que se plantea entre los sujetos, tanto en el modo de abordaje, como en la relación con el saber, que forma parte de la escena analítica y de la puesta en acto de las formaciones del inconsciente. La temática planteada responde al problema ¿De qué forma el psicoanálisis puede intervenir ahí donde la institución hospitalaria relega el lugar del sujeto?, en la época actual lo que predomina son los cuadros nosográficos, nos encontramos así ante “el hombre sin cualidades aquel cuyo destino es el de no tener más cualidad que la de estar marcado por el 1 y, a este título, poder entrar en la cantidad” (Miller, 2006).

En este ámbito, donde los individuos pierden la palabra a favor de un saber encerrado en el lugar del Otro de la medicina, se interroga ¿Qué lugar para el sujeto?, aquel que en el inicio de la clínica ocupaba un lugar relevante para el trabajo del médico. De ahí que sea necesario la elaboración de los aportes teóricos y prácticos, que se analizarán a lo largo del trabajo, los cuales dan cuenta de los puntos de inserción y desencuentro entre el psicoanálisis y la

medicina, ambas orientados en sus inicios por la clínica, que se definía como el acto de estar al pie del lecho del paciente para así escuchar y observar de primera mano los síntomas del él (Foucault, 1963).

Es así que la elaboración de este trabajo contribuye a quienes se encuentren inmersos en el ámbito hospitalario o de atención psicológica, a la vez que aporta en el campo social a promover el trabajo interdisciplinario propiciando, desde la ética del psicólogo clínico con orientación analítica, una atención integral que tenga efectos no únicamente institucionales sino singulares, en el uno a uno de los pacientes que ingresan a los centros de salud.

En relación a los lineamientos universitarios, es pertinente la elaboración de este trabajo en tanto “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” (Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2014). La aportación académica y social se relaciona con la visión y misión de la Universidad, en tanto se fomenta la producción de nuevos conocimientos sobre las problemáticas subjetivas actuales y la generación de una práctica responsable (Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2014)

Se considera viable realizar este trabajo de tesis ya que se cuenta con la disponibilidad de recursos financieros, humanos y materiales, que corresponden a las fuentes bibliográficas a las que se acudirá para cumplir con los objetivos propuestos. Uno de los elementos relevantes de la investigación, es el tener acceso al hospital “Teodoro Maldonado de Carbo” durante un tiempo considerable, ya que es a través de las prácticas pre-profesionales y los elementos teóricos y prácticos obtenidos de ella, que ha surgido el interés por realizar el trabajo de tesis en un marco hospitalario.

Contexto de la sistematización

El marco de las prácticas se da entorno, al Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo, el cual surge en 1970 como un modo de respuesta a las necesidades de los afiliados, por lo cual se forma como una entidad privada. Es una casa de salud nivel III, pues maneja especialidades médicas, de esta forma gran cantidad de pacientes de otras ciudades son redirigidos para una atención completa.

El Hospital cuenta con dos infraestructuras: el edificio de consulta externa y la hospitalización. El nuevo edificio de consulta externa, permite separar los pacientes que acuden de manera ambulatoria de aquellos que necesitan ser internados por la gravedad de su condición. En la hospitalización se encuentran la sección de emergencia y veintidós áreas, las cuales están divididas en tres especialidades: especialidades clínicas, especialidades quirúrgicas y especialidades clínico quirúrgicas.

Las áreas en las que se centró el trabajo de las prácticas, fueron: neurocirugía y psiquiatría; ambas áreas se encuentran en el ala izquierda del segundo piso. El área de neurocirugía comparte espacio con neurología y otorrino, el área está dotada de veintinueve camas y un equipo formado por licenciadas, cinco médicos, internos, residentes y una trabajadora social.

El área de psiquiatría se encuentra en un espacio cerrado, años antes había un oficial que custodiaba el ingreso y salida de pacientes y familiares, actualmente el equipo está formado por licenciados, cinco psiquiatras, cuatro residentes, dos psicólogas y una trabajadora social. En psiquiatría hay dotación de doce camas.

Dentro del hospital, se encuentra una variedad de diagnósticos los cuales son significados de manera singular por los pacientes. En el área de neurocirugía la mayoría de pacientes que ingresan, es a razón de accidentes de tránsito, tumoraciones y otro tipo de afecciones posibles a tratar quirúrgicamente. Es así, que el trabajo del psicólogo suele dirigirse a la angustia ante el diagnóstico y las posibilidades de recuperación ante la operación. Uno de los elementos más singulares del trabajo con pacientes de esta área, es trabajar con el dolor orgánico que no es sin efectos subjetivos, lo cual deja muchas veces al médico petrificado en tanto, la medicina no llega a tener total efecto.

En el caso de los pacientes de psiquiatría, nos encontramos con afecciones que se reconocen de tipo psicológico, entre ellos se encuentran los trastornos de ansiedad, del comportamiento por consumo de psicotrópicos y esquizofrenia. El trabajo tanto en el área como con los pacientes, es variado y conlleva el rasgo de aceptación y pedido de la atención. En ambas áreas se pudo dar cuenta de la presencia de sujetos de diversas estructuras y posicionamientos fantasmáticos, de ahí que en cada caso, se trata de un trabajo singular y siempre inventivo. Durante las prácticas pre-profesionales se pudo dar cuenta de las dificultades que significaba laborar en un espacio, donde el quehacer psicológico no es muy conocido ni ampliamente demandado.

En el proceso surgió una interrogante por el pasado común de la medicina y la práctica orientada psicoanalíticamente, la atención uno a uno en la cama del paciente, pues al estar los pacientes en situación pre o post operatoria en neurocirugía no pueden movilizarse. Es así que surge el interés por recorrer el camino de la clínica. A partir de ello se genera la pregunta ¿Cuáles son las relaciones posibles entre psicoanálisis y medicina desde la multiplicidad de

modificaciones de la clínica clásica, en el trabajo con pacientes del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante las prácticas clínicas del año 2014-2015? Y los respectivos objetivos general y específico.

Objeto

El trabajo de sistematización de las prácticas realizadas en el periodo 2014-2015, previas a la obtención del título de Licenciada en Psicología clínica, fueron realizadas en el Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

A partir del trabajo realizado en la institución surge el deseo de contextualizar el marco de las prácticas, las dificultades y ventajas de la inserción del psicoanálisis, para ello se tomó como objeto de estudio tanto a la institución, como a los pacientes del área de neurocirugía y psiquiatría, que fueron las áreas en las que se generó el trabajo psicológico.

La investigación mantiene esta doble faz de objetos, puesto que partiendo del título y los objetivos propuestos, el primer escenario es la institución hospitalaria, la cual lleva la marca del trabajo clínico clásico; es decir que las casas de salud mantienen elementos de aquello que fue fundador en su origen y a partir de ello, generan no solo sus modos de relación entre el personal, sino también, la dinámica para con los pacientes que día a día deben ser hospitalizados por sus condiciones de salud; de tal forma que es preciso partir de los cuestionamientos sobre los sentidos de esta organización en la cual se viene a insertar un sujeto.

El segundo punto son los pacientes hospitalizados, en tanto es con ellos con quienes trabaja la medicina y el psicoanálisis, cada uno desde un lugar diferente. De ahí parte el análisis de la sistematización, de reconocer el valor que cobra una persona para cada área y como insertar la posibilidad de que no sea uno sin lo otro, de que el cuerpo no se sostenga desprovisto de una subjetividad que le permita poner su malestar en palabra, de modo que el sujeto no quede perdido en el goce del cuerpo sino que logre un abrochamiento a la cadena significativa.

Objetivos

Objetivo General:

Analizar los modos de relación entre psicoanálisis y medicina desde la multiplicidad de modificaciones de la clínica clásica, mediante un desarrollo teórico de los modos de intervención desde ambas disciplinas a partir del trabajo con pacientes del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante las prácticas clínicas del año 2014-2015

Objetivos Específicos:

1. Conceptualizar los inicios de la clínica en el ámbito hospitalario y psicoanalítico, mediante la revisión bibliográfica de textos que permitan establecer a partir de que elementos cada una de las disciplinas se separa o relaciona con la clínica clásica.
2. Determinar las relaciones de poder y saber, que se presentan en la medicina y el psicoanálisis mediante la evidencia obtenida en la práctica pre-profesional para situar cómo estos elementos influyen en el trabajo con los pacientes del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.
3. Definir las aportaciones del psicoanálisis al trabajo interdisciplinario en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, mediante la fundamentación teórica-práctica de los principios de la clínica analítica, para determinar la relevancia de la presencia del psicólogo clínico con orientación psicoanalítica.

Eje de la sistematización

Las prácticas pre-profesionales previas a la obtención del título de Licenciada en psicología se realizaron en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, desde mayo del 2014 hasta enero del 2015. Las áreas remitidas para el trabajo fueron neurocirugía y psiquiatría, en las cuales se llevó a cabo un abordaje práctico de orientación analítica en la atención a pacientes y familiares. En ambas áreas fue necesario dialogar con los otros profesionales para lograr una atención completa del paciente y a la vez dar a conocer nuestra labor.

Para la realización de las prácticas se usaron los conceptos claves del psicoanálisis como principios que orienten el quehacer del practicante, rescatando la subjetividad de los pacientes y dando lugar para que sus palabras sean escuchadas y puedan también escuchar desde donde se hablan. Se trata de hacer con las urgencias que se presentan ante el diagnóstico terminal o de intervención que generan angustia por lo inminente y desconocido. El deseo de sistematizar esta experiencia, es un intento de transmisión sobre las intervenciones posibles dentro de las instituciones hospitalarias, el interés radica en los imaginarios que preceden el accionar del practicante con orientación analítica. Existe la idea de que dentro de las instituciones se trata de hacer lo que se pueda, sin que esto sea claramente definido, de ahí el querer dar luces al asunto.

El enfoque central, consiste en analizar la clínica en el psicoanálisis y en la medicina, a partir de lo que le es más propio, la mirada y la escritura. A lo largo del proceso de investigación bibliográfico y de la experiencia, son dos puntos que llaman la atención no solo por la función que desempeñan en cada campo, sino por la interrelación que mantienen desde el origen. Para ello se emplearán

varios métodos como el clínico, exegético e indiciario y técnicas como la entrevista clínica, que sirvan como conductores del proceso, a fin de generar una idea clara de cómo la mirada y la escritura son puntos sobre los cuales se maniobrará.

De la experiencia se pudo extraer que dentro de los hospitales la labor del practicante y del profesional se puede extender a una multiplicidad de funciones dentro de lo que le compete, pero para ello es necesario que la labor tenga efectos que puedan ser percibidos y sobre todo que haga efecto en el personal y en los pacientes. Por lo tanto es necesario que el practicante o profesional consienta a involucrarse en la institución reconociendo sus demandas pero respondiendo desde lo singular del deseo propio. Dentro del psicoanálisis no se pueden dar pautas acerca de lo que se debe o no hacer, sin embargo se puede decir aquello que es la base de un buen ejercicio, que son: la ética y los principios. Si estos elementos dirigen nuestro quehacer es posible un trabajo que no lleve al engaño propio y del personal con quien se labora.

1. Las categorías de lo real, simbólico e imaginario, aplicadas a un análisis institucional

"Al principio era el verbo" frase que encontramos en el evangelio de San Juan, y que utilizaremos para introducir la temática a trabajar. Decir que al principio fue el verbo, tiene grandes implicaciones en lo que al ser humano y las sociedades respecta, pues es en tanto que el verbo deja su marca, que el camino del instinto queda cercado para el humano y es el lenguaje el que atraviesa las relaciones del uno con el otro, el vínculo, y la formación de sociedades. Las sociedades están entonces marcadas por un lenguaje en común, no se trata solo de las lenguas que en ellas se hablan, sino de los sentidos que en ellas circulan como: las costumbres, los mitos entre otros.

En este mismo marco, cabe pensar en la formación de las instituciones, como productos sociales, históricos y psíquicos, los cuales no dejan de estar marcadas por los discursos que circulan en la sociedad "sin instituciones, el mundo sería solo relación de fuerzas, sería inconcebible cualquier civilización" (Enriquez, 1989). Mannoni (1980, p. 130) describe a las instituciones como "un conjunto de formas, estructuras fundamentales de organización social, tal y como son establecidas por la ley o la costumbre", de forma que nos encontramos ante una organización dinámica y que procura el establecimiento de un cierto orden.

Hablar de instituciones involucra un estudio acerca de aquello que las constituyen, en tanto las instituciones se sostienen sobre una estructura formada por elementos imaginarios y simbólicos, que circulan desde los orígenes de su formación. Aquellos decires que la han causado cobran un doble

valor, por una parte encontramos los efectos en los elementos instituidos y por otra parte el efecto de las significaciones en las personas que conforman las instituciones. Nos encontramos ante un entramado de tejidos a descifrar.

1.1. Elementos estructurales de las instituciones hospitalarias

En los diferentes momentos de la historia, el concepto de hospital ha cobrado variedad de significaciones, dichas variaciones tuvieron y tienen efecto sobre las casas de salud actuales y sobre lo que de ellas se espera desde lo social, jurídico y legal. De ahí la importancia de detenernos sobre este punto, para así dar un contexto al marco en el que se desenvuelve la práctica del psicólogo clínico. Las instituciones hospitalarias han recorrido un largo camino a través de la historia, para llegar a formarse como tales.

Foucault (1963) en su obra permite dar cuenta de los inicios de la medicina, en el año II, como un hacer empírico del cual participaron tanto personas formadas, como "charlatanes" de los que el pueblo pedía defenderse. Lo que aparece como punto de movilización social, es la experiencia insuficiente de los médicos, lo cual llevo a que se genere una serie de legislaciones y organismos de protección, para disminuir los números de muertes por errores.

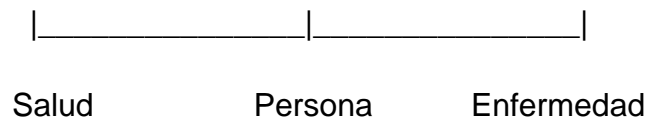
Siguiendo la líneas de la investigación de Foucault, uno de los puntos de origen de las instituciones hospitalarias, es la desigualdad social, debido a que no toda la población podía acceder a la atención privada en el domicilio, de ahí que los pobres aclamaran la formación de espacios donde puedan ser

atendidos, lo cual implicaba un retorno a la formación de hospicios, los cuales estaban destinados a la atención de las necesidades básicas de los enfermos e indigentes. Siguiendo estos puntos se puede dar cuenta de los orígenes de la medicina a partir de un punto de real, es decir de algo que aparece descubierto de todo velo, la carne enferma. Lo cual no es sin consecuencia, y ante el aumento de la demanda del pueblo por atención, se generan respuestas desde el estado y lo social.

¿Qué hacer con ello? ¿Cómo sacar de las calles a los cuerpos sufrientes? todas estas cuestiones son elaboraciones, búsquedas no solo de soluciones sino de sentidos que velen aquello que ha quedado descubierto, la muerte no es algo que se esconda para el ser humano, pero la medicina de algún modo permitía la ilusión de que se puede escapar de ella por un momento, o al menos no morir tan pronto. Las casas de salud tienen una doble faz, si bien aparece la respuesta al pedido del pueblo de la creación de espacios en los cuales ser atendidos, estos mismos espacios aparecen en un momento de la historia como lugares de reclusión, en donde la minoría enferma es separada de la población.

Foucault (1964) señala como durante la edad media la lepra arrasa con varias ciudades, hacia el siglo XV los casos de esta devastadora enfermedad desaparecen, sin embargo hay un nuevo mal que aparecerá para los ciudadanos durante el siglo XVIII, las enfermedades venéreas. A través de estas dos grandes enfermedades del mundo, podemos dar cuenta cómo surge el empuje al “internamiento”, un espacio de exclusión. Según Foucault (1976) la institución hospitalaria no se encargó solo de aislar sino que avanzó a un segundo punto, que es tomar la vía de la cura, de la eliminación de la enfermedad, y el restablecimiento de una etapa previa de salud.

Este modelo médico-técnico de la curación implica un trabajo de normalización, separar entonces aquello que es normal de lo que es patológico y de ahí queda abierto el paso a la clasificación de las formas mórbidas, según su condición. Laurent (2000) explica que la ética de la medida es griega y de lo que se trataba es de colocarse en el medio entre dos polos, en el caso de la medicina podríamos pensar el polo de la salud y el de la enfermedad, como si hubiese la posibilidad de encontrar el punto medio perfecto en las condiciones orgánicas de una persona.



Este punto nos remite a pensar en la aporía de Zenón, acerca de la dicotomía del continuo, en la que encontramos dos puntos A y B, para que un elemento se desplace del punto A al punto B es necesario que pase por el punto medio A' y luego a la mitad de este, A'' y así hasta el infinito. El empuje a lo medible, tiene la misma lógica que la paradoja presentada por Zenón, el encuentro con lo imposible que se extiende al infinito, no hay el último punto medio. Es así que en cuestión de sujetos, de personas, no es factible el uso de estos parámetros de ordenación, si lo medible se sostiene sobre las variables, en el ser humano las variables son multifactoriales, mantienen una dinámica única y compleja, por lo cual, pensar que en el trabajo con sujetos se puede definir las variables principales, es un equívoco.



Tomado de: Conferencia de Silvia Tendlarz

Queda otra cuestión en este punto de origen, la insuficiencia de experiencia. Foucault (1963, p. 97) relata como la formación de instituciones hospitalarias dio lugar a la pedagogía "las enfermedades y la muerte ofrecen grandes lecciones en los hospitales". Este es uno de los puntos claves en los que se puede dar cuenta del anudamiento de la medicina y el saber, además de lo que será el modelo clásico de la clínica en la institución hospitalaria.

Es de esta forma que debemos pensar en las instituciones hospitalarias no solo como lugares donde las personas son libradas del malestar que les aqueja, sino como zonas donde confluyen el poder, el saber y el control, que no son temas menores para el análisis de una institución, sea cual fuere. Tener en cuenta la presencia de estos factores, permite dar cuenta como las subjetividades se ven afectadas o acalladas en estos espacios.

De tal forma que no es posible pensar la institución hospitalaria fuera del concepto de civilización. Ambas al ser construcciones sociales, están sujetas a constantes cambios, "el hospital como la civilización, es un lugar artificial en el cual la enfermedad trasplantada corre el riesgo de perder su rostro esencial" (Foucault, 1963) En el caso de las civilizaciones, las transformaciones son inevitables, pues cada época lleva la marca de un acontecimiento social que tiene efecto en las relaciones humanas, como lo fueron: la caída del muro de

Berlín, la guerra sucia, entre otras. En el caso de los hospitales lo que se encuentra es la diversificación de enfermedades, y que en la época actual no solo se ramifican sino también se yuxtaponen, lo cual tiene como efecto el paso de síndromes a espectros.

1.1.1. De lo decible a lo indecible de la enfermedad

En el tema de las instituciones hospitalarias, hay un factor a introducir, antes de continuar con el análisis de lo que a ellas corresponde. Cuando hablamos de hospitales, nos encontramos con dos actores: el médico y el paciente, cada uno con una demanda y un saber que los coloca en posiciones asimétricas, Enríquez (1989) comenta que es una relación permanentemente asimétrica en tanto lo que se expresa es una demanda de cura a la que un profesional responderá, sin que la otra parte pueda ubicarse en el mismo lugar.

Quien llega entonces a la consulta médica, es una persona quien presenta un malestar en el cuerpo, y la evidencia de ello son los signos de la enfermedad que le aqueja. Desde la medicina antigua se marca la división de dos espacios, Foucault (1963) los nombra como: espacio de configuración de la enfermedad y el espacio de localización del mal.

Esta división, de lo que da cuenta es de la concepción del saber médico, sobre el tratamiento de las enfermedades, pues no se trata solo de una división teórica, sino de acción. Es de esta forma que el cuerpo queda separado de la enfermedad en tanto concepto y llegan a unirse bajo la concepción de que es el

cuerpo que sostiene la enfermedad “la mirada del médico no se dirige inicialmente a ese cuerpo concreto, a ese conjunto visible, a esta plenitud positiva que esta frente a él, el enfermo; sino a intervalos de naturaleza” (Foucault, 1963)

El cuerpo cobra un doble carácter, el de utilidad y el de obediencia. Se trata de un cuerpo útil en tanto es el portador de los signos de la enfermedad, sobre los cuales operará el médico e introducirá a los jóvenes iniciados en la medicina, el estudio y observación del cuerpo sufriente, del cual se busca obtener algún tipo de aprendizaje. No solo en los anfiteatros se aprende de la materialidad orgánica de los cuerpos, pues, los hospitales pasan a ser casas pedagógicas y los pacientes son el material de estudio, para la nueva generación de médicos.

El otro carácter del cuerpo es la obediencia, dada desde el inicio por la asimetría entre la figura del médico y la de paciente. Recordemos que en el caso de las instituciones hospitalarias, el paciente acude con una demanda, de ser curado, y para que ello pueda darse debe consentir a las intervenciones, exámenes, operaciones entre otros. El cuerpo debe estar a la disposición, el conflicto surge en tanto se borra al sujeto de la ecuación, pues al quedarse únicamente con el cuerpo, la subjetividad barrada hará efectos sobre él y el galeno con lo que podría encontrarse es con un cuerpo que no colabora, que no permite someterse al examen.

La política de las coerciones que constituyen un trabajo sobre el cuerpo(...) el cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que

lo explora, lo desarticula y lo recompone es así que la disciplina fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos dóciles.
(Foucault, 1976)

O no tan dóciles, es lo que se puede ver en la experiencia hospitalaria, como el discurso capitalista tiene efectos sobre el cuerpo en tanto lo somete a la exploración, sin embargo no todo sujeto consiente a ser barrado de su posición deseante. Hay entonces cuerpos que hablan y cuerpos que callan. Foucault (1963) en su obra relata que hay algo que se escapa a la revisión clínica del médico, y en lugar de alcanzar la verdad que busca, con lo que se encuentra es con el nombre de la enfermedad, su encuentro es con la clasificación; lo que al sujeto le aqueja es algo que se le escapa, pues dentro del examen o evaluación, su palabra no tiene más lugar que para decir los signos de la enfermedad, “la diferencia de esta encuesta con “el examen clínico” está en lo que no hace de él, el inventario de un organismo enfermo” (p. 93)

Es entonces que lo que se dice de la enfermedad, son sus signos, los cuales son interrogados durante el ingreso de un paciente al hospital o la consulta externa, ¿Dónde duele? ¿Cómo es el dolor? ¿Cuánto tiempo lleva presente? De lo manifiesto algo se puede decir no solo de parte del paciente sino también del médico. Sin embargo hay algo que se escapa de toda acción medible y cuantificable, el propio sujeto y sus formaciones inconscientes o en las psicosis, los fenómenos elementales. Un fenómeno singular de los cuerpos que hablan, son las enfermedades psicosomáticas, en donde “el cuerpo toma nota de un acontecimiento traumático, pero el sujeto no puede historizarlo, no puede ser mediatizado por lo simbólico” (Cucagna, 2004), este elemento permite

ejemplificar de manera clara como se encuentran inscritos en el mismo cuerpo algo del orden de lo que se puede decir y algo de aquello que resulta difícil de decir, que pareciera no poder ser dicho.

De esta forma, se aprecia como el saber médico no abarca la totalidad de las manifestaciones del cuerpo humano. La cuestión médica de lo visible y lo invisible es entorno a lo orgánico; lo visible es lo manifiesto, como las lesiones de la piel y todos aquellos signos que son perceptibles por los órganos sensoriales. Lo invisible está, no del lado de lo que se escapa al saber médico, sino de aquello que hace de barrera, la piel. Holguín (2014) en su conferencia "Una cosmética sin barrera, más allá de la piel", hace referencia a como las tecno ciencias, han permitido cruzar la barrera de la piel, en tanto vela la materialidad del órgano. Desde los inicios de la teoría lacaniana, se habla de un momento fundamental para la cría humana, que es el estadio del espejo, en el cual se inviste libidinalmente la imagen y el *infans* se reconoce como como un yo separado del tú.

De ahí entonces que en aquellos sujetos donde se consolidó este primer momento, encontramos que la imagen vela los objetos *i(a)*. Lacan (1962) en el seminario de la angustia explica los efectos que tiene para el sujeto, aquellos objetos que quedan separados de la unidad, y como en los casos de psicosis cobran un carácter mortífero. Para hacer borde a aquellos objetos que se encuentran en un primer momento por fuera de todo orden, Lacan desarrolla el concepto de estadio del espejo, el cual permitiría entender la lógica del surgimiento del sujeto.

El estadio del espejo, es explicado a través de la Gestalt, como la búsqueda de la buena forma que logre capturar parte de aquellos objetos pulsionales para que desde entonces funcionen a partir de los bordes del cuerpo, de ahí en adelante cada sujeto buscará las formas de hacer de esa imagen una presencia agradable para sí. Esto en tanto “lo bello” concepto que usa Lacan (1959-1960) en el seminario siete sobre la ética del psicoanálisis para hablar de aquello que cubre lo verdadero, que resultaría lo insoportable para cada uno, y que en tanto cubre se puede algo de ello ver.

Lo bello en su irradiación deslumbrante, lo bello del cual se dijo es el esplendor de lo verdadero. Es, evidente, porque lo verdadero no es demasiado bonito de ver que lo bello es, si no su esplendor, al menos su cobertura. (Lacan, 1959-1960)

La medicina, en su “furor curandis”, se ha encargado de atravesar mediante diferentes procedimientos la barrera de lo bello. Si en un primer momento su objetivo era sanar los cuerpos mediante los medicamentos, las barreras fueron siendo transgredidas a beneficio de la vida humana, así las autopsias y las operaciones se convirtieron en procedimientos necesarios. En la actualidad los órganos se han convertido en *gadgets* para nuestra sociedad de consumo, y aquello que estaba velado es ahora visto, en su materialidad real.

1.2. Lectura del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo

El Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo, nace bajo el nombre de Hospital Regional de Guayaquil el cual se inaugura el 7 de octubre de 1970, en este primer momento la institución surge como una respuesta al pedido de los afiliados para contar con atención médica. A través de la creación de esta institución y de otros hospitales en Ecuador, se buscaba comprometer al estado para que dote a los hospitales de recursos económicos y financieros necesarios para cumplir con los objetivos propuestos. (Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, 2014)

El Hospital TMC, es una casa de salud de nivel III, es decir que cuenta con atención de especialidades. El nivel en el que se encuentra ubicado un hospital, no solo cobra relevancia para el reconocimiento del mismo, sino que influye en la recepción de los pacientes. El IESS como entidad reguladora del Hospital TMC en aspectos del sistema de servicio de salud, se maneja bajo la modalidad “el primer nivel de atención como puerta de entrada obligatoria” (IESS, 2014). Este modelo consiste “un enfoque integral, individual y familiar” (IESS, 2014), a través del cual, el paciente es recibido primero en un dispensario u hospital nivel I, en el cual reciba los primeros auxilios. Lo que se plantea es que en ella se resolverá el noventa por ciento de los problemas bio-psico-sociales; este es el nivel integral. El nivel individual es el trato directo y personalizado con el paciente, el nivel familiar es proyectado como el factor determinante tanto para el origen de la enfermedad como para el éxito del tratamiento.

Para el análisis de los elementos institucionales es necesario tener presente las tres instancias a partir de las cuales se hará la lectura: lo simbólico, lo imaginario y lo real. Como se mencionó en la primera parte de este trabajo, hay un marco a partir del cual surgen las instituciones, una cultura que marca su modo de existencia y de relaciones. Es así que en el caso del hospital TMC, su nacimiento surge en razón de un pedido social y como un modo de involucrar a los poderes del estado. Situación que con el pasar de los años no ha cambiado, pues directa e indirectamente se encuentra al poder del estado. De tal forma que ella debe someterse al control y la demostración continua de cumplimiento de parámetros de funcionamiento.

En su visión, la institución se describe como una “organización auto-sustentada” que constantemente mide su desempeño mediante indicadores de gestión, de productividad y de calidad. (Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, 2014). De los malestares de la institución se sabe, en parte, escuchando lo que en los pasillos se dice, y lo que no cesa de decirse es la dificultad con la ambigüedad existente, entre ser auto-sustentados a condición de ser sostenidos desde lo gubernamental. De tal forma que el estado tiene a su poder la decisión de intervenir según lo considere necesario y del modo que se crea más apropiado.

De los elementos simbólicos podemos decir que se trata de las construcciones significantes que rondan en el discurso común de la institución, Enríquez (1989) comenta que "una institución no puede vivir sin... contar y/o inventar una historia que ocupara el lugar de la memoria colectiva; mitos, ritos, héroes", en la búsqueda acerca de la historia del hospital TMC, no se

encontraron mayores datos que los ya mencionados, sin embargo, ella misma lleva en su nombre la memoria colectiva.

El nombre del héroe es, el Dr. Teodoro Maldonado Carbo, quien fue un médico cirujano nacido en el año 1885 en la ciudad de Guayaquil. Pérez (2014) biógrafo e historiador de Ecuador, relata algunas escenas y narraciones acerca de la vida del Dr. Maldonado, la que más resalta a lo largo de su biografía es el compromiso con su profesión, la cual lo llevó a visitar varios países y traer nuevos modos de intervención al país. Hay dos características que de él destacan: primero la “leyenda” de que solía atender desde la mañana hasta pasadas altas horas de la noche y segundo, el dicho de que “en el hospital ejerció mando absoluto y gobernó con mano de hierro” (p. 8)

Se destaca estos dos puntos pues hablan claramente acerca del “padre” de la institución, de aquel que es el modelo del cual heredar los emblemas fálicos. Varios de quienes conforman la institución no dan cuenta de cómo esto tiene influencia en el modo de trabajo y de relación. Durante la estancia en la institución, en función de practicante de psicología, se pudo notar como “la mano de hierro” no deja de estar presente de diferentes maneras, especialmente en el registro y la estadística, cuando un paciente ingresa a uno de los primeros lugares a los que debe dirigirse es: a estadística, donde se le da un número con el cual aparece en la red del sistema, aquel que no esté en el sistema no cuenta como paciente. Del lado de los médicos no es más leve, sus actos son todos monitoreados, registrados, y es de su eficiencia que depende su permanencia.

Para explicar de mejor forma este asunto, recurriré a una viñeta de un evento que presencie durante las prácticas. En uno de los *staff* debatían acerca del cumplimiento de las funciones asignadas, una de las psicólogas menciona que el sistema le pide que atienda veinte minutos a cada paciente, muchas veces se pasa de la hora y aunque atienda a todos los pacientes el sistema no los marca por estar fuera de horario, ella se pregunta ¿Qué debe hacer?

Cabe pensar entonces como las conductas de quienes conforman una institución llevan la marca de sus historias. No todo es simbólico, pues lo imaginario se cuela en las relaciones, “la infraestructura imaginaria, está formada por cierta cantidad de producciones inconscientes que pueden ser imagos o fantasmas, que actúan por debajo de la vida institucional” (Fustier, 1989)

Se ha visto a lo largo de la presentación de la institución como surge desde el principio el ideal de garantizar la salud de los pacientes, la propuesta final de la misión concluye con la frase “La salud es nuestro compromiso de vida”. (Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, 2014). Alrededor de este punto se formaron normas de atención y acción del personal médico y administrativo, pues no hay forma de garantizar la salud de un paciente, de forma que para salvaguardarse ante esta dificultad, cada médico opta por las “pruebas” necesarias para así poder dar cuenta de que su trabajo fue hecho de manera correcta y bajo los parámetros establecidos.

Imaginario y simbólico están enlazados pues “lo imaginario debe utilizar lo simbólico no solo para expresarse, lo cual es evidente, sino para existir, para

pasar de lo virtual, a cualquier otra cosa más" (Castoriadis, 1983). Vemos como no se trata solo de la instancia de las imagos sino de un poner en acto en las situaciones sociales de la institución. Queda un último punto que mencionar y es lo real, que surge de toda institución, siempre hay un resto en las operaciones simbólico-imaginarias, que puja por manifestarse. Sin embargo no es tan fácil conocer de ella, esta es más visible cuando la institución entra en crisis y se deja ver aquello que desde el principio se intentó negar y se edificó sobre ella. Es así que "en las instituciones, el trabajo psíquico incesante consiste en reintegrar esta parte irrepresentable a la red de sentido del mito" (Kaes, 1989)

2. La clínica o las clínicas

Hablar de la clínica en singular, conlleva a seguir los pasos de la obra de Foucault, quien se encargó en su literatura de realizar una arqueología de los elementos claves de las sociedades. En esta vía se puede leer los cambios sociales que llevaron a que existan ciertos modos de elección de objetos, de relaciones de poder y de decisiones económicas; conociendo de ellos es que se puede entender el paso de lo singular a la diversidad.

Trabajar el tema de la clínica es una cuestión indispensable, en tanto constituye la puesta en acto de un saber, lo cual engloba una pluralidad de ramas sociales y científicas, entre las cuales se expondrán tres de ellas: la medicina, la psiquiatría y el psicoanálisis. No es al azar que históricamente estas ramas compartan lazos que lleven a pensar en una no sin la otra.

Foucault (1970) menciona que “el discurso clínico, es él, en tanto que práctica, el que instaura entre todos ellos un sistema de relaciones que no, está "realmente" dado ni constituido de antemano” (p. 88), con esta frase introduce la idea de que lo que busca no es una génesis empírica acerca de cada una de las áreas, sino, de dar cuenta de los diversos modos, ámbitos o posiciones desde los cuales se puede enunciar un discurso. No es lo mismo hacer una lectura desde un posicionamiento económico, social o antropológico, el lugar desde donde se mira marca el lineamiento de lo que se va a ver.

Las investigaciones sobre la locura y la aparición de una psicología, sobre la enfermedad y el nacimiento de una medicina

clínica, sobre las ciencias de la vida, del lenguaje y de la economía han sido ensayos ciegos por una parte; pero se iban iluminando poco a poco, no sólo porque precisaban gradualmente su método, sino porque descubrían (...) el punto de su posibilidad histórica.

(Foucault, 1970)

Tanto en el caso de la medicina, psiquiatría o el psicoanálisis, hay una posición singular desde la cual se producen los enunciados y se realizan un determinado conjunto de acciones. Previamente se habló de la medicina y cómo los elementos históricos que circulan alrededor de ella, se han ido modificando paulatinamente. Podemos entonces decir que en cuanto a la medicina clínica, lo que ocupa el primer plano: es la mirada, pues es desde ella, que toma forma el carácter singular del quehacer médico, se trata de aquello que es captado por los sentidos, en tanto el cuerpo del enfermo hace signo del malestar.

En los orígenes de la medicina clínica se establece también la diferencia con la medicina hospitalaria, pues al principio se trataba del uno a uno, de la tradición en la que el médico acudía a la cama del paciente, sin embargo las reformas sociales y las enfermedades que atacaban en la época, movilizaron a la formación de hospicios, donde se relegaba al enfermo.

La figura del hospicio no es nueva en la historia, pues fue utilizada también, para los enfermos psiquiátricos, de modo que se mantuvieran alejados de la

sociedad. Si en la medicina de lo que se trataba era del sujeto disertante y la institución, en la psiquiatría nos encontramos ante un régimen homogéneo pero de objetos complejos, es decir, las condiciones de encierro para la locura por mucho tiempo mantuvieron una continuidad, sosteniendo la idea del “loco” como aquel que podía lastimar no solo a sí mismo sino a los otros. Surgieron también cambios como los que introdujo Pinel ya que con él nace una “psiquiatría que pretende tratar por primera vez al loco como un ser humano” (Foucault, 1964), aunque a través de los años, el modelo clásico de encierro, se mantenga presente.

De modo que la locura durante el siglo XVII es pensada como una sinrazón dominada por una fuerza extranjera, que iba en contra de los límites sociales, es así que Foucault (1973-74) define cuatro modos: el “furioso”, la fuerza de los instintos y las pasiones, las ideas incoherentes y la idea específica y obstinada que se inscribe en el cuerpo. Complejidad de objetos que conllevan a que bajo esta concepción de la locura se tomen medidas de disciplina que no son más que modos de control y de poder ejercidos sobre un sujeto que es despojado de su palabra, “los que están encadenados a los muros de las celdas no son hombres que han perdido la razón, sino bestias movidas por una rabia natural” (Foucault, 1964)

La clínica psiquiátrica tiene su verdadero origen con Pinel, y al igual que en la medicina clínica, la mirada toma un carácter relevante para el ejercicio del quehacer psiquiátrico y la curación del enfermo. Foucault (1973-74) explica que lo que se busca en el enfermo es el punto de la fuerza desatada, su desencadenante, y las variables que a ella rodea. De tal forma que la

terapéutica a utilizar es la dependencia del enfermo al terapeuta de modo que vea en él, el modelo que controle sus comportamientos viciosos.

En la historia de la humanidad varias disciplinas han intentado sostener una clínica que abarque con las dificultades del mundo, como las enfermedades no solo físicas sino también mentales, sin embargo, no todas han conseguido sostener un modelo que sea sólido, Laurent (2000) explica que “entre las disciplinas clínicas fuera del psicoanálisis, la psiquiatría clásica fue el único campo que definió una clínica consistente” (p. 21), pues se dejó de lado la idea del aislamiento para separar en el campo del sujeto jurídico la responsabilidad de la capacidad.

La clínica psicoanalítica por su parte, también posee un camino formado por varios senderos, su origen no es un punto de fácil definición, pues para su formación varias disciplinas se usaron para establecer conceptos del psicoanálisis, no del método de intervención que guarda una singularidad, “la dispersión clínica dentro del psicoanálisis fue progresiva. Hay que acordarse de que Freud primero definió la clínica en un marco que es esencialmente el de la clínica de Kraepelin pero simplificada” (Laurent, 2000), en la obra de Lacan, se puede también dar cuenta del uso de diferentes ramas, como la lingüística y la topología, para nutrir conceptos propios del psicoanálisis.

Otra dificultad que se presenta es la divergencia de tendencias que se derivan del psicoanálisis, es necesario recordar que durante el trayecto de Freud, varios de sus discípulos, tomaron orientaciones diferentes. Es así que bajo el manto del psicoanálisis se deslizan concepciones variadas que van

desde la teoría del yo hasta las propuestas de Jung, de la existencia de un sujeto en relación íntima con el saber, que es lo que dio a conocer como arquetipos. Se trata de un saber colectivo que la persona posee más allá de su voluntad

Es necesario entonces no dejarse perder en tal variedad de elementos, Freud a través de sus obras va marcando los principios que definen su clínica, la cual es llamada una clínica de la palabra, eso es lo que su paciente Anna O. le muestra "*talking cure*". La clínica psicoanalítica va recogiendo una serie de singularidades que la diferencian de la variedad de métodos que la rodean.

Sin embargo no ha sido una clínica estática, puesto que de los textos de Freud a los de Lacan, que implica nuevos aportes a la clínica analítica, se han generado contribuciones que han permitido una lectura de lo singular. De tal forma que en el psicoanálisis hay un recorrido desde el uso de los mitos para dar cuenta de aquello que difícilmente puede ser explicado en su materialidad, pasando por la clínica de las estructuras hasta llegar a la clínica de los nudos y de las formalizaciones a través de los matemas, que implicaban un modo de transmisión que redujera el sentido.

Podemos ver entonces que no se trata de la clínica, sino de las clínicas que se han ido constituyendo a través del tiempo, cada una de ellas con una historia que determina objetos y modos de relación singulares, dándoles así su especificidad. Teniendo estos elementos presentes, podremos evitar las confusiones que genera la época actual, la cual en la búsqueda de dar respuestas inmediatas da lugar a la argamasa de teorías, sin que estén tengas un nexo común, "nuestra época está caracterizada por la yuxtaposición de

clínicas distintas, incluso contradictorias que coexisten perfectamente” (Laurent, 2000)

2.1. Revisión histórica sobre la clínica

Previamente se mencionó que antes de toda divergencia de los modos de hacer de las diferentes disciplinas, existía un modelo de lo que se conocía como la clínica clásica, la cual fue tomada en la labor del médico como una marca que distinguía y organizaba su quehacer, “la clínica comprende dos partes: en el lecho de cada enfermo, el profesor se detendrá el tiempo necesario para interrogarlo debidamente, para examinarlo convenientemente. Hará observar a los alumnos los signos diagnósticos y los síntomas importantes de la enfermedad” (Foucault, 1963)

Esta precisión es necesaria en tanto engloba varios puntos indispensables. El primer punto es el lecho del enfermo, se trata de esta cita entre dos personas, una ubicada en el lugar de aquel que sufre y la otra desde el lugar de aquel que cura, en esta relación de dos se encuentra en juego la cuestión del saber y se reconoce que si bien el médico posee un saber acerca de las enfermedades, el paciente también posee un saber que es relevante para el proceso de la cura. El interrogatorio es el modo en el que el médico accede a los referentes que le permitan dar un diagnóstico adecuado a lo que aqueja al individuo.

Este proceso consta también de una segunda parte, que no se pone en escena junto al paciente. Se trata de la enseñanza, en tanto transmisión de saber, el médico se encarga de hablar de la historia de las enfermedades mientras recorre los pasillos del anfiteatro, junto con aquellos que aspiran ser médicos. Este punto es de considerar relevante puesto que hay una lógica en la separación de estos dos pasos. ¿Por qué no hacer el recorrido de la historia de las enfermedades, frente al enfermo?, la respuesta desde la medicina es que para el paciente dichos datos no son de relevancia, en tanto no posee la formación previa para saber sobre lo que se habla. Existe además el empuje a que sea un saber que no sea manejado por todos, llevando a la instauración del secreto.

Es necesario recordar que esta relación médico-paciente no fue siempre directa, “en el espacio fundamental de la enfermedad, los médicos y los enfermos no están implicados de pleno derecho” (Foucault, 1963) pues se pone en relieve la distinción entre la enfermedad y el cuerpo. El cuerpo es aquello que sostiene a la enfermedad, a quien debe dirigirse el médico es a la enfermedad, debe interrogar y examinar esos desfases de la naturaleza, que constituyen a la enfermedad, siento esta una entidad diferenciada del ser humano.

Borrando a la persona de la ecuación, ya no se necesita pasar por el interrogatorio en el cual puede narrar los eventos que rodearon su malestar, el médico se dirigirá a los signos, buscando en ellos las respuestas que permitan un diagnóstico veraz. De este punto a la clasificación de las enfermedades hay un corto paso, “una matematización verdadera de la enfermedad implicaría un espacio homogéneo y común a las figuras orgánicas y a disposición nosológica”

(Foucault, 1963), es así que ya extraídos los signos, estos son organizados bajo ciertas categorías, lo cual lleva al médico a una posición de control y revisión. Si se posee todos o gran parte de los signos indicados, se encuentra ante determinada enfermedad.

Lo que moviliza a esta matematización es la búsqueda de cierto control sobre la vida y la muerte, es necesario recordar que para este tiempo las grandes ciudades del mundo occidental, han pasado por pestes que arrasaron con varias vidas. Es así que “se desea un control estadístico de la salud, gracias al registro de los nacimientos y los decesos” (Foucault, 1963), la salud entra entonces en el plano de aquello que debe ser vigilado, y más dentro del área del hospital, donde el médico no se encuentra bajo la responsabilidad del trabajo particular, sino bajo la ley y el estado.

Una de las condiciones esenciales para el desbloqueo epistemológico de la medicina a fines del siglo XVIII fue la organización del hospital como aparato de "examinar". El ritual de la visita es su forma más llamativa. En el siglo XVII, el médico, procedente del exterior, unía su inspección a no pocos otros controles —religiosos, administrativos; casi no participaba en la gestión cotidiana del hospital. (Foucault, 1963)

No ha sido un recorrido fácil el de la clínica clásica, pues con la aparición de las grandes enfermedades y el intento de las sociedades de responder a ellas,

lo que se introdujo fue los mecanismos de control, para una clínica de lo medible y cuantificable, aquello que cae bajo la clasificación del ideal de salud. Foucault (1963) en su obra comenta que uno de los mitos principales, sobre la profesión médica, se encuentra vinculado a las condiciones de existencia de las personas, de modo que las enfermedades variarían según la época y el lugar. Y no es un mito que deba ser descartado, pues a través de la historia se puede dar cuenta como cada sociedad responde de manera diferente a los males de la época, pues en cada una se poseen herramientas diferentes para combatir aquello que amenaza con la vida.

2.2. Clínica hospitalaria: La ciencia y el saber

Como se mencionó anteriormente la introducción de la clínica en el campo hospitalario, implicó grandes cambios en la concepción de la misma. Es a partir de que la clínica entra en el campo de las instituciones que las relaciones entre los sujetos se ven atravesadas por la disparidad del saber y el control de la distribución de aquellos conocimientos que se conservan como privilegio de pocos. El marco a partir del cual se generan cambios en las diferentes disciplinas es el surgimiento de la ciencia, la cual nace a partir de la inauguración de Descartes del *cogito cartesiano*. Lacan (1966) analiza la proposición “cogito ergo sum” para hablar no solo de la ciencia y las relaciones con el saber y la verdad, sino también para dar cuenta de la noción de sujeto en el discurso científico y la operación del psicoanálisis sobre él.

Fernández (2013) durante el Seminario del Campo Freudiano, realiza un recorrido breve de las meditaciones de Descartes, a partir del cual se puede

entender, quién es el sujeto de la ciencia. En su primera meditación Descartes se propone la búsqueda de un conocimiento que sea válido desde sus elementos fundamentales, utilizando la duda como herramienta. Con esta práctica se derroca los elementos imaginarios y simbólicos a través de los cuales se tiene un conocimiento del mundo, por ejemplo el conocimiento a través de los sentidos es un modo engañoso de acercarse a la realidad.

En la segunda meditación aparece formulado el “yo soy-yo pienso”, pero lo que ubica aquí Lacan es un sujeto evanescente, cuyo ser está ligado puntualmente al momento en que piensa, se trata entonces de este sujeto que “ha cortado con todas sus adherencias naturales, con toda significación que no sea el residuo puntual y evanescente donde el pensamiento y el ser se hacen uno” (Miller, 1986) De esta forma se puede introducir como desde las singularidades de este sujeto, barrado de todo enlace simbólico e imaginario constituye el objeto de la ciencia.

La lectura de Descartes y Lacan permite dar cuenta de que el sujeto de la ciencia está fundado en la misma lógica que la del inconsciente, pensado en tanto estructura del lenguaje. El sujeto se desliza en la cadena significativa, en el yo pienso-yo soy, cabe recordar que el sujeto no es algo que este dado de antemano, este debe advenir como construcción subjetiva a la que se debe consentir, y no está siempre presente. Del sujeto sabemos en las manifestaciones inconscientes, que son sus formaciones y que se presentan bajo la forma de los sueños, los lapsus, el chiste, entre otros.

Con esta breve introducción se propone mostrar que lo que resta al final de la operación del discurso de la ciencia es “una ideología de la supresión del sujeto” (Lacan, 1977), es decir que al mismo tiempo que emerge es rechazado, de tal forma que se presente como un discurso sin sujeto, orientado a la matematización, a la reducción de los elementos del universo a un número, una cifra, “el destino de la ciencia está vinculado a la formalización, no a la medición; está vinculado al número en tanto que el número figura en forma enigmática la presencia del significante en lo real” (Miller, 1986)

La dificultad se traza en la reducción de las complejidades humanas a una cifra, lo cual se ha extendido a diversas áreas como la medicina, en la cual los decires de los pacientes son reemplazados por la cifra de los exámenes médicos. Estas son dificultades que se plantean desde el siglo XVIII, a partir de las modificaciones de atención del médico quien pasa de lo individual al centro hospitalario, por ende los modos de intervención son también transformados, pasando así del examen a la encuesta “la diferencia de esta encuesta con “el examen clínico” está en lo que no hace de él el inventario de un organismo enfermo” (Foucault, 1963)

Cuando Foucault hace esta referencia, explica que si en un primer momento la brújula del médico era el testimonio del paciente de aquello que lo aquejaba, esto es desplazado para poner como eje el conocimiento de las enfermedades, y la mirada del médico dirigido al cuerpo no en tanto sufriente, sino como un conjunto en el que cual ver los momentos de manifestación de la enfermedad. De forma que el conocimiento ha de servir como guía para su acción y la puesta en acto de la cura. El saber se encuentra fuertemente ligado al hacer de la medicina, desde el principio de sus orígenes, pero, va cobrando diversas

significaciones, al inicio del siglo XVII es un saber no solo del lado del médico sino también del paciente, posteriormente por las demandas sociales el saber de los médicos es puesto bajo el control del estado.

Es preciso resaltar que “el conocimiento no es la ciencia” (Miller, 1986), el conocimiento esta de lado de una cierta armonía existente entre objeto y sujeto, en tanto hay una aproximación en la que se sabe qué hace. Aquello que se llama conocimiento es siempre del orden de la ilusión o el mito, no hay forma de aprehender la totalidad ni la exactitud de los objetos, “no hay conocimiento. Pero saber, eso sí, a montones, para no saber qué hacer, los armarios llenos” (Lacan, 1977) he ahí una de las distinciones principales a desarrollar en este capítulo.

Una de las funciones de la ciencia es sostener el ideal de un saber absoluto sobre la naturaleza y las relaciones humanas. Si hay algo a lo que aspire la ciencia es al control sobre los cuerpos, de tal modo que el sujeto queda reducido a una materialidad medible y cuantificable, es justamente que en el caso de la medicina, la ciencia tiene efectos sobre el cuerpo. Sin embargo, no se trata del cuerpo que posee una persona, sino del cuerpo en tanto plenitud positiva presta a las alteraciones y modificaciones marcadas por el discurso y autorizadas desde el saber.

Vigilancia, ejercicios, maniobras, calificaciones, rangos y lugares, clasificaciones, exámenes, registros, una manera de someter los cuerpos, de dominar las multiplicidades humanas y de manipular

sus fuerzas, se ha desarrollado en el curso de los siglos clásicos, en los hospitales, en el ejército, las escuelas, los colegios (Foucault, 1976)

Como se ha venido desarrollando, el saber científico introdujo varias reformas en la práctica médica, y todos los elementos que ella implica. Es así que el acercamiento del médico al cuerpo que sufre, queda interdicto "por el momento dogmático del nombre" (Foucault, 1963), es decir por la clasificación, los nombres y los signos de la enfermedad. De tal forma que lo que se busca es lograr encajar lo que se ve con lo que dicta el manual, sin embargo, hay algo que se fuga de esta relación. Como se mencionó anteriormente no hay conocimiento que no sea ilusorio en tanto concordancia del sujeto y el objeto, en la medicina se diría entonces que no hay conocimiento pleno de las enfermedades en tanto estas no constituyen una materialidad independiente, la enfermedad se sostiene en un cuerpo y necesita de este para existir.

Con el paso de los años aparece socialmente el concepto de "políticas de salud", que como ya lo ha indicado Foucault, son modos de control sobre el cuerpo y sobre el modelo de salud, "lejos de ocuparse exclusivamente al hombre enfermo, la medicina extendió pronto el campo de su conocimiento al hombre, para definir la imagen modelo del hombre con la finalidad de una política de la salud" (Mannoni, 1979) se genera también un ideal sobre los cuerpos y los elementos que implican la salud física extendiéndose también al campo de lo mental y emocional.

Las instituciones a su vez se ven también confrontadas con el cambio de discurso, en tanto responden no solo a lo social sino a los poderes del estado, “en cuanto al hospital mismo, que era ante todo un lugar de asistencia, va a convertirse en lugar de formación y de confrontación de los conocimientos” (Foucault, 1963) cabe recordar que hospital y saber, se encuentran fuertemente ligados, desde el momento en que se vuelve un espacio de control por parte de las autoridades estatales como modo de garantizar el buen funcionamiento y posteriormente como un lugar de enseñanza para los futuros médicos.

En el caso de los estados modernos podemos dar cuenta de un estado de emergencias subjetivas que tienen sus efectos en el cuerpo, lo cual conlleva a que “la salud se ha convertido en una de las principales industrias, efectos de la esperanza técnica” (Laurent, 2000), ante lo desconocido aparece una respuesta a partir de los recursos tecnológicos, la decodificación del genoma humano para explicar las adicciones, el cáncer entre otras manifestaciones de pérdida de la salud. Este empuje a buscar respuestas es un modo de hacer con lo real que escapa.

Nos encontramos ante una nueva clínica, aquella que se dirige hacia la cifra, dejando de lado los síndromes, que en áreas como la psiquiátrica han sido cambiadas por los espectros, en tanto cada vez se difumina más que pertenece a una u otra categoría. La medicina se encuentra ante una dificultad con los avances de la ciencia, pues aunque se pensara que ella ayudaría a aclarar el panorama, la situación es contraria. Polack (2012) investigador en medicina, comenta que los avances tecnológicos en el campo de la ciencia, empujan a la medicina a un lugar donde deberá enfrentar problemas cuyas respuestas no aparecen en el campo científico.

2.2.1. De la cuestión de los discursos

“El estado moderno establece una alianza de un nuevo estilo con la ciencia (...) la relación con el amo no fue siempre igual” (Laurent, 2000) a partir de esta cita puede ser pensada la relación histórica de los discursos, los cuales conllevan una lectura singular a partir de cada época. Para este análisis partiremos de la enseñanza de Lacan en torno a los cuatro discursos, entendiéndolos como matemas que permiten la formalización a partir de la dinámica de cuatro elementos: el sujeto, el significante amo, el objeto y la cadena de significantes, los cuales se movilizan a través de cuatro posiciones que son: agente, semblante, producto y verdad.

Lacan plantea que el discurso de la ciencia funciona en la contemporaneidad como amo de las relaciones sociales, desde dicho discurso queda relegada la posición del sujeto en tanto amenaza al progreso de la producción de saberes. Hay una fisura con la que cada sujeto debe arreglárselas, su propia división, que es la marca de haber entrado al mundo significativo, la ciencia busca el cierre de dicha fisura sin que esta pueda ser llenada “en el discurso del amo, el plus-de-gozar sólo satisface al sujeto al sostener la realidad de la sola fantasía” (Lacan, 1977)

Brousse (2002) explica que a partir del discurso del amo, en el que se encuentra posicionada la ciencia se produce efectos de histerización en los sujetos, en tanto hay un amo que produce, debe responder a las preguntas. En el caso tanto de la medicina como de las terapias y el psicoanálisis, los

profesionales se encuentran confrontados con la demanda del paciente de que cese el sufrimiento, sin embargo, los pacientes que llegan a una consulta en la actualidad, son pacientes que no logran decir qué es lo que les aqueja, y sufren en tanto no logran decir algo de eso.

Hay también una proliferación de mecanismos de intervención ante el malestar de un sujeto, los cuales son restos del discurso dominante, el de la ciencia. Hay un despliegue de herramientas que permitirían hacer con el sufrimiento y obturar su punto de fuga, estas opciones no son sin consecuencia. La incorporación de la investigación y de otros medios de peritaje, pueden llevar a los profesionales de diferentes áreas a una resbalada a la prefectura, referencia que hace Lacan sobre un artículo de Canguilhem dirigido a la psicología, pero que sirve de ejemplo para lo expuesto anteriormente.

“Cuando se sale de la Sorbonne por la calle Saint-Jacques se puede ascender o descender; si se asciende, uno se aproxima al Panteón que es el Conservatorio de algunos grandes hombres; pero si se desciende, uno se dirige seguramente a la Prefectura de policía” (Alvarez, 2003)

Lo ya desarrollado puede ser pensado desde los desarrollos de Foucault (1963) de la medicina. ¿Dónde está el amo?, podría ser ubicado desde los decretos de Marly en 1707 donde se reglamenta la práctica y formación de los médicos. En este momento histórico, se busca reglar los saberes y el quehacer en el campo de la medicina y con ello aparecen las reformas en el tratamiento

de los pacientes, dejando de lado su palabra para dar lugar al examen médico, a escuchar los órganos, “no es la mirada misma la que tiene el poder de análisis y de síntesis, sino la verdad sintética del lenguaje que viene a añadirse desde el exterior y como una recompensa de la mirada vigilante” (Foucault, 1963)

El hospital se transforma en un espacio de enseñanza, en donde el nuevo doctor va a ser guiado en su recorrido por un médico reconocido o uno al cual se le atribuya cierto saber en torno a la práctica. Debido a la reorganización de los saberes, lo que se busca es una transmisión continua de los saberes en torno a las enfermedades. Este punto concierne a un discurso de otro orden, el discurso universitario, en tanto el saber se vuelve agente y lo que demanda es la producción de un sujeto que continúe produciendo saberes, cabe recordar que para esta época “la pedagogía recibió un valor positivo de iluminación: formar era un medio de sacar a la luz, por consiguiente de descubrir” (Foucault, 1963) la clínica es una clínica pedagógica.

Dicho enunciado no ha dejado de ser válido en la actualidad, si bien se han dado una serie de transformaciones sociales, en lo que respecta a la clínica enlazada a la pedagogía, se puede encontrar elementos fijos y algunas modificaciones en lo que a su nexa respecta. Para dar cuenta de este punto, se expresará lo que se vivencia durante la práctica pre-profesional. Tal como en la clínica clásica, en el Hospital TMC, también se realiza el modelo de enseñanza en el cual los estudiantes de medicina próximos a laborar como médicos, recorren las habitaciones de los pacientes guiados por el médico tratante, dentro de la institución se conoce como “visita médica”.

Durante la visita, se encuentran el paciente, el médico y los internos. Durante la primera parte el médico pide una anamnesis del paciente y verifica el plan de tratamiento que se está manejando, en algunas ocasiones se le pregunta al paciente ¿cómo se encuentra?, la mayoría de las veces la pregunta tiene como finalidad determinar si el paciente se encuentra ubicado temporo-espacialmente. La variable con la medicina clásica surge en el segundo momento, el de la enseñanza.

En el modelo clásico la enseñanza se realiza en el recorrido por el anfiteatro, en el caso del Hospital TMC, la enseñanza es realizada durante la visita médica. Durante las prácticas se pudo observar que en varias ocasiones el galeno discutía la definición, características, riesgos y secuelas de una enfermedad o procedimiento que concernía al paciente, la mayoría de las veces los pacientes permanecían inmutables ante lo dicho, en otras ocasiones interrogaban al médico. En ambos casos, lo que se podía dar cuenta, es la angustia, ante un saber del cual no mucho podían decir.

De esta situación se puede pensar en dos puntos. El primero es el lugar del paciente, reducido a la materialidad orgánica y sometido a la mirada del peritaje que busca síntomas o signos para un posterior tratamiento, en esta dinámica “el paciente pasó a ser un accidente de su enfermedad, portador indiferenciado de ella” (Sosa, 1998). El segundo punto es la posición del médico en relación a su saber, el cual es exhibido frente al paciente, en tanto no se cree en la verdad del sujeto, sino en la de su positividad plena. Hay dos discursos desde los cuales se puede entender la dinámica de la medicina y la del psicoanálisis en lo que respecta a la enseñanza y la “presentación de enfermos”.

Sosa (1998) expone la lectura de dos saber hacer diferentes, a partir del discurso universitario y el discurso analítico. En el caso del discurso universitario ubicamos de este lado la enseñanza médica, en la cual el saber se presenta como una totalidad que se encuentra movilizada por el imperativo de saber más, el paciente queda objetivado en un lugar inerte, reduciéndose a una serie de datos, lo cual no es sin efecto sintomático en el mismo.

$$\frac{S_2}{S_1} \rightarrow \frac{a}{\$}$$

Tomado de: (Lacan, Seminario XVII: El reverso del psicoanálisis, 1969-70)

En el caso del psicoanálisis y la presentación de enfermo, la cual se conoce desde la obra de Freud y de los casos trabajados por Lacan, en hospitales como *La Salpêtrière*. En este caso el trabajo con los pacientes posee modos de intervención diferentes a los de la medicina, lo primero es el lugar del analista como causa, desde esta posición su saber es puesto en paréntesis, en un primer momento, los otros analistas que forman parte de una presentación de enfermos, se encuentran en el lugar de sujetos, los cuales en el segundo momento, que es la discusión del caso, darán cuenta de su elaboración singular con respecto a lo oído del paciente.

$$\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$$

Tomado de: (Lacan, Seminario XVII: El reverso del psicoanálisis, 1969-70)

2.2.2. La experiencia, el saber y el secreto

Los tres conceptos que aparecen como títulos de esta sección, son la clave del cambio que se ha venido trabajando durante este capítulo. En un primer momento la acción del médico se encontraba ligada íntimamente al sufrimiento de los pacientes, y la brújula que guiaba su intervención, era su propia clínica, es decir, la experiencia que habían obtenido a través de su práctica. “En el alba de la humanidad antes de toda vana creencia, antes de todo sistema, la medicina, en su integridad, residía en una relación inmediata del sufrimiento con lo que lo alivia. Esta relación era de instinto y sensibilidad” (Foucault, 1963, p. 85)

Este es el primer momento del cual Foucault dirá fue una etapa de felicidad para quienes formaban esta práctica, pues se trataba ante todo de una autorización propia en el quehacer. Es claro que no todo el que se autorizaba como médico, lo era realmente, los charlatanes han estado siempre presentes en la historia, sin embargo, se trataba también de un reconocimiento social y de la garantía que se le atribuía a la figura del médico. Esta realidad se transforma no solo con las legislaciones sociales, sino también con la inauguración de la escritura y el secreto.

Y la decadencia comenzó cuando fueron inaugurados la escritura y el secreto, es decir la repartición de este saber en un grupo privilegiado, y la disociación de la relación inmediata, sin obstáculo

no límites, entre Mirada y Palabra: lo que se había sabido no se comunicaba ya a los demás (Foucault, 1963)

Lo que aparece de relieve es la disociación de la palabra y la mirada, Foucault (1963) desarrolla una explicación muy clara acerca de lo sucedido, y dirá que durante mucho tiempo la experiencia del médico pudo encontrar un equilibrio entre ver y saber, lo cual le permitía ponerse a salvo del error, sin embargo al estar expuesto ante la mirada del estado, se priorizan los métodos técnicos de evaluación, de modo que el error pudiera ser mantenido a distancia a través del manejo de herramienta o técnicas que garantizaran su labor. Así se instaura también el secreto.

2.3. A que se llama clínica en el psicoanálisis

El método psicoanalítico proviene del método catártico empleado en el año de 1895, por Breuer en el trabajo en conjunto de Freud. El método catártico consistía en la entrega del paciente a un estado de hipnosis, en el cual la persona podía dar cuenta del evento traumático que había llevado a la formación de síntomas. Freud no continúa con este método, en tanto, a través de la experiencia da cuenta de que no todos los pacientes son sensibles a este método, que la efectividad de sus resultados eran limitados y la presencia de procesos anímicos como la represión, la resistencia y la repetición.

Freud (1905) realiza una diferenciación clave entre el método analítico y el hipnótico, haciendo referencia a Leonardo da Vinci, el cual en relación a las artes describe dos vías: *via di porre* y *via di levare*, la primera hace referencia a la pintura y la segunda a la escultura. La hipnosis, sería pensada per via de porre, puesto que lo que se genera es una acumulación de sentidos dados por aquel que desde su subjetividad busca la erradicación de los síntomas, mientras tanto, el psicoanálisis opera *per via de levare*, que es el trabajo de escultura, se trata de restar, reducir, para llegar a la roca, el nódulo de formación de los síntomas.

Es así que “La terapia psicoanalítica se creó sobre la base de enfermos aquejados de una duradera incapacidad para la existencia” (Freud, 1905), el sufrimiento humano es con lo que se encuentra en la práctica analítica, se trata en acto de hacer algo con ello, y que a través de las interpretaciones o señalamientos se dirija la cura. Sin embargo, no se trata de una serie de lineamientos a seguir, sino de una construcción singular, que se sostiene sobre un marco teórico que ha pasado por una serie de reformulaciones, sin que las anteriores dejen de tener validez.

En su primera enseñanza, Freud acuñó como método de trabajo la interpretación de los sueños y de los síntomas, en tanto ambos poseían material inconsciente, “puede decirse que el lenguaje de los sueños es la forma expresiva de la actividad anímica inconsciente; pero lo inconsciente habla más de un solo dialecto” (Freud, 1913) pero siempre solo, atrapado en el goce autista del blablablá, una persona que no ha tenido un encuentro con una analista, habla sola y lo que dice es siempre de lo mismo, es en el encuentro

con un analista que algo más puede ser dicho, en tanto la soledad del blablablá queda confrontado con un Otro, con lo hétero.

Continuando con la interpretación de los sueños, Freud (1898-9) en su análisis del material onírico no buscaba el significado de los sueños sino el sentido, en tanto perspectiva desde la que se aprehende, de ahí que entre los dos métodos de interpretación el simbólico y el jeroglífico, se inclinara por su propio método, comprobando a través de sus pacientes una concatenación psíquica. Freud en la obra ya citada, elabora los procesos de condensación y desplazamiento los cuales Lacan asociará con la metáfora y la metonimia. Estos conceptos que permitieron a Freud hablar de un lenguaje de los sueños y hacer una lectura del material de sus pacientes y de los suyos, están conectados con este primer punto de la enseñanza de Lacan.

Freud (1925) trabaja el tema del límite de la interpretabilidad de los sueños, debido a que en su práctica ha dado cuenta de los múltiples sentidos que puede contener un sueño y de que no hay una interpretación completa. Lacan (1973) retomará este punto para decir que el límite está ahí en el mismo momento que llega el sentido pues lo que se descubre de límite es el sentido sexual, lo real irreductible "sentido no-sentido. El sentido donde eso falla" (Lacan, 1973, p. 10). En este texto se expresa en su apelación a la lógica y la matemática para hablar de ese límite usando la diferenciación entre variable y función.

Brevemente se puede dar cuenta como hay un pase en el acto del analista, si bien en los primeros años de la enseñanza del psicoanálisis, la interpretación era el modo de trabajar el material inconsciente el cual se expresaba a través

de diferentes formaciones, en la enseñanza del Lacan se introduce un hacer del lado del corte del sentido para llegar al punto donde eso falla y el cual compete a la clínica. La clínica en psicoanálisis es el tema a desarrollar en esta sección, la palabra clínica es considerada por algunos analistas como un término “plurisemántico y tiene sus ambigüedades” (Mazzuca, Schejtman, & Ziotnik, 2000).

Para poder ubicar una definición más clara acerca de lo que es la clínica no solo en el psicoanálisis, sino para el psicoanálisis, y cuál es la especificidad de su hacer, se realizará un breve recorrido de la obra de Lacan donde da forma a este concepto. En el texto de la Apertura de la Sección Clínica, Lacan (1977) inicia su intervención con la cita “¿Qué es la clínica psicoanalítica? No es complicado. Tiene una base – Es lo que se dice en un psicoanálisis” (p. 3) y explica que no se trata solo de lo que se dice, sino también donde se dice. El espacio del análisis no se reduce a los elementos concretos, como un diván, su coyuntura se encuentra también en el marco simbólico que constituye.

Lo que se dice en el principio está abierto a la regla fundamental propuesta por Freud (1912) de decir todo aquello que concurra a su pensamiento, no importa lo que se diga en tanto se somete a la regla de la asociación libre, sin embargo Lacan en el texto antes mencionado reflexiona sobre esta regla y menciona que no es tanto libre, puesto que en el inconsciente la relación significante no es al azar, se encuentra concadenada. En todo caso, se trataría de que el paciente pueda enunciar aquellos contenidos que en otros espacios podrían parecer superfluos o carentes de valor.

Del Pedro (2012), en su reseña sobre la conferencia de Graciela Brodsky, sobre La Clínica Lacaniana, señala que la clínica no se trata solo de la

práctica, sino de “una elucubración sobre la práctica que se realiza, esta última, al pie de la cama, del diván” (p. 1) es lo que Lacan llama *clínica*, pues a su decir las personas no piensan igual acostadas que paradas “en posición acostada hace muchas cosas, el amor en particular, y el amor lo arrastra a todo tipo de declaraciones” (Lacan, 1977), el amor siempre conduce a lo que no cesa de no escribirse y es que la relación sexual no existe, de ahí que cada uno busque soluciones para hacer con ello, y esto es algo que tiene consecuencias y se conecta a lo que para cada uno hay de real.

Lacan (1977) define la clínica como “lo real, lo imposible de soportar” (p. 15) es un frase que condensa gran parte de su enseñanza y que posee una doble faz, la de la persona que solicita un análisis y la del analista, para desarrollar este punto se retomará el ya citado seminario de G. Brodsky, quien parte de la distinción de lo universal, lo particular y lo singular desde la frase de Sócrates “todo hombre es mortal”, sin embargo la mortalidad es un producto de la naturaleza y el sujeto es de otro orden, que escapa a las particularidades como los rasgos, un sujeto es un accidente, del *troumatisme* de *lalengua*.

Ello tiene un peso para el sujeto, quien carga con la marca de lo que le es más propio y extranjero para él mismo, con este real “es necesario poner el cuerpo y hablar en primera persona” (Del Pedro, 2012) y es lo que en la experiencia analítica se conoce como la clínica de los nombres propios, como lo es el caso del hombre de las ratas, lo que se ve en este historial no es solo la suma de rituales de la estructura de la neurosis obsesiva, sino lo singular de lo que en él goza, producto de un encuentro contingente; en el caso Dora también

hay un desarrollo sobre las manifestaciones de la neurosis histérica, sin embargo ¿Qué goza ahí?, el objeto voz.

En un análisis el sujeto a través de sus dichos y decires va desarrollando lo que para él hace conflicto, pero no habla solo, a quien se dirige y donde lo hace tiene efecto de modo que lo esperable, sería que pueda dar cuenta de las cosas que importan y tener conciencia de ello. La otra faz, es la del analista, quien también debe soportar un real, que está directamente vinculado a lo azaroso de la práctica "la clínica psicoanalítica no es otra cosa que la posibilidad para cada analista de sostener las preguntas a las que lo confronta su acto" (Cancina, 2008), es decir que hay también de su parte un sostener a través de su deseo que no es posible sino se ha pasado por la experiencia propia del análisis. Para cerrar este punto se retoman las palabras de Greiser (2012) "la clínica se arma, se inventa y se reinventa a sí misma en forma constante."

2.3.1. Despertar para seguir soñando

En esta línea de trabajo, se aborda en algunos momentos el paso de la interpretación a la lectura, Miller (1995) retoma a Lacan para decir que un analista no debe perderse en la vía de intentar interpretar como el inconsciente, puesto que este ya lo hace, de modo que no sería un verdadero despertar para el sujeto sino que lo pondría a seguir soñando, entendiéndolo como una continuación de lo mismo de lo que ha venido soñando "uno pasa su tiempo soñando, no se sueña solamente cuando se duerme." (Lacan, 1977), la diferencia estaría dada por un espacio que sería el del análisis. Si se traslada

este punto a la *traumdeutung*, se puede ubicar puntos claves en lo que al sujeto y un análisis respecta.

Freud (1898-9), en su trabajo sobre la interpretación de los sueños, realiza diversas elucubraciones en torno a él, pero es relevante destacar su formulación acerca del sueño en relación al deseo, en tanto vía de realización de aquellas manifestaciones que permanecen latentes, a la espera de llegar a la meta. De ello surge una pregunta ¿Qué hay en el deseo de dormir? Se puede responder que escapar al llamado hacia el exterior, “de tal suerte que uno no se despierta más que para continuar soñando, soñando en lo real, para ser más exactos: en la realidad” (Lacan, 1969-70)

Un sujeto se despierta en tanto algo de la verdad hace escena, sin embargo esta es siempre forastera, gitana, se escapa y el sujeto despierta sí del sueño, pero sigue soñando en torno a las dificultades que lo sofocan, y es que “la verdad levanta vuelo, la verdad levanta vuelo en el preciso momento que ustedes más quieren capturarla” (Lacan, 1969-70) antes se había hablado de cómo lo bello hace barrera a la verdad, que para cada sujeto tiene algo de horror y de ahí que a la vez de ello, nada se quiera saber pues “algo que traduce, en el sueño precisamente, la casi identidad de lo que está pasando” (Lacan, 1964)

Cosentino (1997) profesor de la facultad de Filosofía de la UBA, plantea una nueva pregunta en torno al despertar ¿Qué despierta?, para lo cual lo que se puede decir es que “es imposible despertar pues el despertar es lo real. Sólo puede haber, en relación a dicho despertar y a la invención, una escritura”

(Cosentino, 1997). El sujeto en su relación con el Otro, se guarece bajo una falta que vele la suya y esta vía le propicia permanecer dormido, evitando el encuentro con lo real, que constituye para cada uno la falta en ser.

Lacan (1988) decía "tengo derecho, al igual que Freud, a comunicarles mis sueños. Al contrario de los de Freud, no están inspirados por el deseo de dormir, a mí me mueve más bien el deseo de despertar" (p. 95) es por esto que recomienda a los analistas que no deben quedarse en el plano del sueño, se trataría de sostener con su deseo el despertar del sujeto, de aquel que está en el lugar del analizado, sin embargo este debe también querer saber sobre ello y tomar el camino de la escritura.

2.3.2. Leer el síntoma

Miller (2008) dice "el síntoma, en esta última enseñanza, es un término que permanece errante" (p. 12), durante toda la enseñanza de Lacan el síntoma ha tomado varias perspectivas desde las cuales entenderlo en relación a su formación y funcionamientos. Las primeras elaboraciones de Lacan fueron tomadas de los textos de Freud y en su última elaboración no deja de lado la guía de los textos freudianos, sino que los formaliza y hace una lectura de ellos a partir de los nuevos conceptos por el desarrollados además de los avances de las condiciones sintomatológicas actuales y de las aplicaciones clínicas.

A continuación se destaca dos de las últimas elaboraciones de Lacan sobre el síntoma. Miller (2008) plantea que de las últimas elaboraciones se puede extraer que “lo que está reprimido es la verdad y su retorno se hace bajo la forma de síntoma”, con este punto se trata de ubicar al síntoma no como una disfunción que perturba al sujeto, sino, como aquella formación que tiene un funcionamiento. Dicha formación sería del orden del inconsciente, y aquello que se encuentra relegado de la conciencia, no miente, si se presenta como una defensa no es por cobrar un carácter de engaño, sino justamente que contra lo que se defiende es donde se encuentra la mentira.

"Si hay un psicoanálisis es porque el síntoma lejos de ser de naturaleza mentirosa es de naturaleza verídica. Y como esta mañana hablábamos de la presencia de la verdad, la primera presencia de la verdad está en el síntoma" (Congreso de l'Ecole Freudienne de Paris, 1969)

En este punto se enlazan tres conceptos: saber, síntoma, verdad. “La verdad halla en el goce cómo resistir al saber”(Lacan J. , 1988) esta es parte vital de la enseñanza lacaniana, pues otorga el primer sesgo para entender su última enseñanza. Si entendemos el síntoma, no como un trastorno, sino en su función de valor, como una repetición donde hay un condensamiento de goce, se puede dar cuenta que en el análisis se llega a un punto de resistencia, donde no se quiere saber sobre ello, oponiéndose al proceso desciframiento, sin embargo algo en ello que se resiste, no puede engañar.

¿De qué verdad se trata? De la verdad en la falta en ser, que es con lo que cada sujeto debe lidiar y encontrar las coyunturas que le permitan unos ciertos sentidos para velar lo que en ello hay de horror, “la verdad de la falta en ser no le ahorra al sujeto la cuestión de la verdad que puede responder al ser que pone en juego el malestar del síntoma” (Palomera, 2002). Es así que según las puntuaciones de Miller (2008) se propone oponer el síntoma como verdad, que consiste en una formación del inconsciente y estaría del lado de aquello que puede ser interpretable, que mantiene una cara de mensaje a descifrar y el síntoma conectado al goce, pues en el síntoma el sujeto continua gozando.

Para introducir la cuestión del síntoma-goce, cabe pensar un distanciamiento, y no oposición, a la primera enseñanza en la que el síntoma se encontraba ligado a la cadena significativa y el modo de trabajo del analista era la interpretación. Bajo este modelo, el analista se ubicaba en la misma línea que la del inconsciente, puesto que el primero en hacer un cifrado de las marcas pulsionales, es el inconsciente dando lugar a los síntomas. De tal modo que si la acción del analista se orienta por esta vía, su función estaría destinada a inflar el síntoma de sentidos.

Algo de esto ya había sido enunciado por Freud (1917) al hablar de las interpretaciones y la transmisión del analista al analizado, agregando: “Nuestro saber sobre lo inconsciente no equivale al saber de él; cuando le comunicamos nuestro saber, él no lo tiene en lugar de su inconsciente, sino junto a eso, y es muy poco lo que ha cambiado”. Con la enseñanza posterior, la propuesta que surge es el anudamiento síntoma-goce, que permitiría una lectura que cierre los s2, hasta bordear el s1 que hace marca para cada ser hablante. De tal forma que la vía es la reducción de sentidos “No se trata de comprender, de

mordiscar en el sentido, sino de rasurarlo lo más que se pueda sin que haga liga para esta virtud, gozando del descifraje” (Lacan, 1977)

Miller (1998) plantea que “el hueso de una cura es el síntoma y más precisamente la pareja síntoma” de lo que se trata es de dar cuenta que para el ser humano no hay relación sexual, sino relaciones sintomáticas, a la vez esto implica que hay dos elementos, el primero es el modo de cada uno de gozar de su inconsciente, lo cual se conecta con la posición sexuada que un sujeto asume, ya sea está del lado macho o del lado hembra, es decir, del lado del goce fálico o del goce no-todo. El segundo es el modo de gozar del cuerpo del Otro, Lacan (1972-73) en el seminario XX, señala que el goce no es posible sin referirlo al cuerpo, por lo cual es preciso tener un cuerpo, que no es una garantía dada, puesto que se trata de una construcción que debe hacer un sujeto a partir de un Otro, que desde el primer momento pone en juego su deseo para acoger a un ser viviente.

Al introducir la dimensión del Otro en relación al goce, debe pensárselo partiendo de que “el goce se produce en el cuerpo del Uno, a través del cuerpo del Otro y el cuerpo del Otro es tanto el propio cuerpo como el cuerpo de cualquier otro”, hay también para el *parlêtre* lo que representa la otredad, pues es tanto que se da una elección con respecto a una posición sexuada que hay un encuentro con lo hétero, aunque en el caso de las mujeres, la Otra mujer no deja de estar presente. Está entonces el encuentro con el Otro sexo el cual aparece en la enseñanza de Lacan con la letra A y que en el matema de la sexuación aparece escrito como $S(\bar{A})$, la tacha sobre la A refiere a la presencia del objeto a, en tanto hay algo que se pierde, que permanece sustraído.

Es así que se puede entender la aseveración de que “el significante es causa de goce, que tiene una incidencia de goce sobre el cuerpo” (Miller, 2008) si el síntoma es un modo de gozar del cuerpo del Otro, debemos entenderlo desde las letras que Lacan expone. El Otro (A) no pierde su lugar de tesoro de los significantes pues lo que se señala es al significante mismo como un medio de goce, el cual tiene contacto con el cuerpo pues “lo que hay bajo el hábito y que llamamos cuerpo, quizá no sea más que ese resto que llamo objeto a” (Lacan, 1972-73)

Al plantearse la pregunta por el fin de análisis Miller (1998) menciona que Lacan una sola vez hablo de “identificarse al síntoma” puesto que no se puede hacerlo caer o atravesarlo, lo que se puede lograr es un saber hacer con ello, “yo soy tal como gozo”. Es de esta forma que el síntoma es el único sentido en lo real y hablar de identificación implica una lectura de la letra que hace marca. Se trata así de la función de nominación, que es lo que lleva a Lacan a formular el sinthome como modo de suplir el nombre del padre, pero también como cuarto nudo estabilizador, que es también una escritura.

Para concluir se rescata la siguiente cita: “sólo a partir de esa letra carente de sentido, y como conclusión del trayecto en el que consistió su análisis, el analizado podrá inventar una escritura, un significante nuevo, que dé lugar a la contingencia del amor”, al final del análisis se puede mostrar que lo que se busca no es eliminar un síntoma por otro, ni del cuerpo mortificado bajo el significante, sino de un saber hacer con eso que se es, y en tanto se cree en ello, ello dice algo de mí .

2.3.3. Una escritura que convenga al psicoanálisis

Durante gran parte de la elaboración de esta unidad, se habla sobre la escritura de una letra que hace marca para cada sujeto y del trabajo del analista en la clínica de los nombres, para aclarar algunos de estos elementos, se desarrollará de la escritura de la cual se habla en el psicoanálisis. Hablar de la escritura nos lleva a pensar en un recorrido de Freud a Lacan, pues es en el trabajo realizado por ellos, en lo escrito por ellos o sus estudiantes que se puede pensar en la posible respuesta. Freud (1898-9) explica que los sueños son una especie de escritura cifrada, a partir de este punto, se introduce la dimensión del inconsciente. El chiste, el lapsus, los sueños, entre otros, son formaciones del inconsciente y como tales ya hay en ellos un ciframiento, en la cual un signo puede ser sustituido por otro o desplazarse en la cadena, en palabras de Freud diríamos que están sujetos a los procesos de condensación y desplazamiento, en la lingüística hablaríamos de metáfora y metonimia.

Partamos de este punto para hablar de la escritura en dos aspectos que convienen al psicoanálisis, primero desde la practica-ética y posterior del trabajo de transmisión del analista, de cada uno. Abordando el primer punto que se introdujo con el trabajo de Freud, cabe preguntarse, ¿por qué partir de ahí?. En el análisis se trabaja con una persona, que lleva una marca, un trazo. El sujeto no es solo significante, es letra pues lleva la marca del goce, es así, que encontramos en él un cifrado. Miller (1995) en su texto menciona que el trabajo del analista no es de interpretar, porque el inconsciente interpreta, cifra, de ahí que la práctica analítica no sea un trabajo único sobre el sentido, sino abrir la dimensión del sin sentido.

Siguiendo con la dimensión del sujeto, recordemos que los neuróticos, que son los que usualmente llegan a la consulta, traen una escritura en el cuerpo de algo que no deja de escribirse, la repetición. Pero así mismo hay un punto como dice Lacan (1972-73) que no cesa de no escribirse, que es el no hay proporción sexual. Es necesario que todo aquel que se inicie o tenga una formación psicoanalítica, haga una lectura de un caso desde los tres registros: real, simbólico e imaginario. Lacan los dibuja en cadena borronea, no uno sin el otro, vale lo mismo para el sujeto no Uno sin el Otro.

Ya que se ha mencionado la lectura es necesario resaltar que la escritura va unida a la lectura, Lacan en su seminario Aún hace algunas referencias al hecho de leer o más bien a lo que se lee. En un trabajo analítico se inicia con la invitación a la asociación libre, lo cual obviamente implica la escucha, pero no es solo eso, se trata de lo que el analista lee en lo que el paciente dice. Los pacientes pueden hablar de muchas cosas, que son blablá... pero lo que hay que rescatar es el punto de goce anudado. En el mismo texto Lacan menciona que suponemos que el sujeto del inconsciente sabe leer y que además que lo que se le enseña a leer no tiene nada que ver con lo que el analista escribe.

En el discurso analítico (...), no se trata sino de lo que se lee,(...)
más allá de lo que se ha incitado al sujeto a decir, que no es
tanto,(...), decirlo todo, sino decir cualquier cosa, sin vacilar ante
las necesidades que se puedan decir. (Lacan, 1972-73)

A partir de esta indicación, introduzcamos el segundo punto, la labor de transmisión; hay dos aspectos que deseo señalar brevemente el escribir un

caso y la transmisión del psicoanálisis. Escribir un caso no es detallar que se dijo, que gestos se hicieron... se trata de como el analista se sirve de su inconsciente para tomar la escena relatada por el paciente y como a partir de este lo entreteje conceptualmente. Para esto es necesario diferenciar dos momentos: el del espacio de análisis y el posterior en el cual se escribe un caso.

Para finalizar, el último punto sobre la escritura, la transmisión. Que escritura le convendría al psicoanálisis, la empleada por Lacan, los nudos, grafos y especialmente el matema “Sólo la matematización alcanza un real” (Lacan, 1972-73), recursos tomados de la lógica y la topología. Estos son modos de formalización transmisibles con un mínimo de deformación, “Hay una estructura del lenguaje que se puede matematizar. No creo que esto pueda ser pensado sin el recurso a las matemáticas” (Vappereau, 2001). Lo que se escribe son las condiciones del goce, es lo que se aprecia en los últimos trabajos de Lacan como las fórmulas de la sexuación y es lo que se lee en el caso a caso y en el propio análisis y su singularidad hace que lo que escribe el analista no corresponda a lo que lee el analizante. “Aquel que me interroga sabe también leerme” (Lacan, 1977)

2.3.4. Interrogar e Interrogarse

La elección del título para esta sección, tiene como finalidad ubicar los principios de la práctica analítica tanto en lo que compete al analista y al analizante. Hay que partir por el hecho de que no hay esencia del analista, no

se es, un analista es un lugar es un espacio determinado. Autorizarse como analista, porque un analista se autoriza a sí mismo, pero debe servirse de los otros, que serían quienes conforman la escuela y dan cuenta de la experiencia de pase, es decir de que pueda decir algo de su nombre de goce.

Lacan (1967) en la propuesta del 9 de octubre indica varios puntos sobre el quehacer del analista, desde la transferencia hasta los procedimientos de los cuales podría valerse para orientar su actuar. Sin embargo a lo largo de su enseñanza se puede ir rescatando varios puntos uno de los principales sería la ética, no hay clínica sin ética. La ética del psicoanálisis no es una ética universal que podría valer para todos los sujetos, una ética que prescribiría un que hacer o decir; la ética del psicoanálisis es una ética relativa al discurso, a lo particular de cada sujeto, es decir, al caso a caso.

Lacan (1959-1960) trabaja la vía, no del Bien-estar del sujeto ante el malestar, sino del Bien-decir. “Lo que hago es extraer de mi práctica la ética del Bien-decir” (Lacan, 1973) con esta cita se introduce la cuestión reconocerse en el inconsciente, en la estructura., tal como lo define Lacan (1977) en Televisión. Se interroga al sujeto por lo que en el goza, ligado a lo inconsciente, sobre su relación sintomática que mantiene con el otro. ¿Qué es lo que puede prometer el análisis? A lo cual se puede responder que “el psicoanálisis le permitiría esperar seguramente elucidar el inconsciente del que usted es sujeto” (Lacan, 1977).

Se hace referencia así a la posición subjetiva, el Bien-decir no iría del lado de los enunciados, sino de la enunciación, es decir, la presencia de un sujeto.

“El Bien decir (le Bien dire) no es el (Beau dire) el Decir-bello, no es el decir elegante, logrado, literario; no es la oratoria ni la retórica.” (Rubio, 1993). En la práctica partiendo de la regla fundamental que expresa Freud (1903) de que el sujeto debe informar todo aquello que acuda a su pensamiento, la labor del analista se dirige a que lo real se incluya en un síntoma analizable “un nudo de sentido gozado en esos significantes que en el inconsciente del sujeto portan un goce fuera del sentido” (Gallano, 2012), de esta forma la ética del psicoanálisis se ordena en relación a lo real

“El Bien-decir es la palabra (...) que hace acto y modifica al sujeto en sus dichos y en su relación con lo real” (Rubio, 1993) la pregunta al analizante acerca de su malestar, moviliza las asociaciones, lo cual nos introduce a la experiencia del inconsciente y la búsqueda por descifrar el sentido del síntoma pero a la vez se juega la otra faz del síntoma, la de goce y la posición del sujeto frente a este. Trabajar desde el sujeto es adentrarnos al valor que cobra para ese sujeto, el modo en el que ha manejado su goce y por ende sus relaciones sintomáticas. El trabajo que cabe desde esta posición, es lo que ya se había mencionado, escuchar lo pulsional del sujeto y que este mismo sujeto a través del proceso del análisis encuentre otro modo de hacer con ese goce.

2.4. Diálogo entre dos disciplinas: Medicina y Psicoanálisis

La relación posible entre estas dos ramas ha sido un tema de debate, durante varias décadas, la medicina ha recorrido un largo camino para llegar a constituirse como lo es conocida en la actualidad. Como se ha mencionado

previamente inicia como una labor singular y producto de las demandas sociales y los avances de la ciencia, cobra un nuevo estatuto, que no es sin consecuencia, no solo a la medicina como saber, sino también a quienes forman parte de ella y por ende se encuentran vestidos en su discurso y sus demandas.

Nepomiachi (2001) en su artículo sobre la medicina, las tecnociencias y el psicoanálisis realiza una distinción de dos momentos en la medicina, a modo de un Jano, por un lado esta su hacer como arte y la que es propiamente científica. De su faceta de arte ya se ha hablado con anterioridad, por lo cual se centrará sus relaciones actuales con la ciencia. Para la medicina se fueron abriendo nuevos campos y nuevas dificultades en el momento en el que los avances científicos y sus técnicas fueron introduciéndose en su quehacer. Tanto la semiología, como la fisiopatología, la bacteriología y la decodificación del genoma humano, representaron un modo de correlacionar las disfunciones sintomáticas con la presencia de una falla orgánica, ya sea está a nivel del cuerpo, los afectos o el pensamiento.

Es así que las lesiones o síntomas pueden ser explicados a partir de fallas en la producción de alguna enzima u otro elemento, con esta concepción el cuerpo queda a la disposición de ser radiografiado, sometido a peritaje y a cualquier otro procedimiento que sea necesario. ¿Cuál es el éxito de su presencia? Aumentar la expectativa de vida, retrasar la muerte lo más posible que sea, siento este punto uno de sus estándares de cumplimiento “todo tratamiento médico mide su efectividad a escala epidemiológica, por un incremento en la expectativa de vida” (Nepomiachi, 2001)

Con esta modalidad de trabajo el encuentro ya no es más entre una persona que sufre y el médico, sino entre una enfermedad y el médico, el cual ya no lleva las mismas investiduras sociales que en otros tiempos, actualmente lleva el peso de manejar las nuevas técnicas que se promueven, como las técnicas de reconstrucción por resonancia magnética.

En la experiencia de las prácticas profesionales es un malestar varias veces enunciados por los galenos, en el área de neurocirugía, gran parte de los pacientes que acuden poseen traumatismos por accidentes de tránsito, cuando ingresan son revisados por un médico, quien da una revisión a través de palpaciones y la mirada. Por regla del hospital el paciente debe tener en la plataforma todos los exámenes que confirmen la palabra del médico. Actualmente todo paciente que ingrese por lesión física debe pasar por una resonancia 3D que proporciona imágenes claras sobre los lugares donde se puede encontrar una fractura u otro tipo de herida.

Lacan (1966) se pregunta "¿Qué podrá oponer el médico a los imperativos que lo convertirán en el empleado de esa empresa universal de la productividad?" (pp. 98-99) Respondiendo en el mismo texto que lo único que lo puede salvar, es por la vía de la respuesta a la demanda que proviene del enfermo, en ello se encuentra la originalidad de la labor del médico.

Si la ciencia promueve a un sujeto que esta desprovisto de todo lugar de enunciación, la medicina puede dar apertura nuevamente a la palabra del paciente, pues quien llega a una consulta no solo se encuentra aquejado por

una falla orgánica, su subjetividad tiene peso en el sentido que se le da a lo que se padece. El enfermo no siempre demanda ser curado, tal como lo indica Lacan, en el texto ya citado, un sujeto podría demandar ser reconocido en su calidad de enfermo, o querer sostener dicha enfermedad.

“Acoger una demanda definió el eje de la práctica médica, claramente desplazado cuando se promovió el derecho a la salud, el cual no aloja la demanda del enfermo” (Nepomiachi, 2001). El médico se enfrenta también a las condiciones estatales, de lo que se puede llamar asistencialismo, las políticas de salud, determinan que es lo mejor para un sujeto y promueven el ideal del buen vivir, es así que el sujeto queda ubicado en posición de víctima. Greiser (2012) especifica que es en este punto que el psicoanálisis interviene reconociendo que el sujeto nunca es una víctima y más bien se trata de los modos de relación con lo que proviene del Otro. Tanto la caridad como la asistencia pueden conducir a lo peor.

Así como el psicoanálisis, la medicina debe también hacer frente a las cuestiones de la salud pública “lo quiera o no, el médico está integrado a ese movimiento mundial de la organización de una salud que se vuelve pública y, por este hecho, le serán propuestas nuevas cuestiones.” (Lacan, 1966). La dificultad para ambas ramas se encuentra en la demanda, para el médico es una demanda formulada en términos de derecho, lo cual promueve relaciones de tensión, cuando en la relación médico- paciente se juegan aspectos fuertemente transferenciales. En el caso del psicoanálisis como lo indica Greiser (2012), se trata de trabajar con los desechos, ahí donde se promueve la salvación. ¿Qué es lo más propio del sujeto? sino el hecho que desde nuestro

nacimiento somos más la placenta que se perdió, el aborto del deseo del Otro.

Así como se encuentra la dimensión de la demanda, cabe pensar también las relaciones de la ética y el cuerpo. Para Lacan (1966) en el caso de la medicina se trataría de una relación epistemo-somática, en la que las cuestiones del cuerpo pueden ser estudiadas y conceptualizadas a partir de la investigación de lo orgánico. Desde esta posición del cuerpo como materia extensa, en tanto ocupa un espacio, es despojada de la dimensión de goce y de sus efectos. No se debe ignorar esta singularidad del cuerpo y más aún cuando la ciencia tiene efecto sobre ella "es importante localizarla como polo opuesto, pues ahí también la ciencia está vertiendo ciertos efectos que no dejan de comportar algunas apuestas" (Lacan, 1966)

Como lo expone Lacan (1972-73) el sujeto no se reduce a la sustancia pensante y extensa, lo que hay que rescatar es la sustancia gozante, en tanto se goza de un cuerpo, que comporta la propiedad de un cuerpo viviente. Es en este punto donde un psicoanalista o un profesional orientado por esta lectura, puede intervenir en la institución hospitalaria garantizando la dimensión de goce que comporta el cuerpo y que escapa del examen y peritaje médico. De tal forma que las manifestaciones que presenta un paciente no sean entendidas por el médico como una cuestión personal, en el aspecto transferencial, o como una falta de colaboración.

2.4.1. Posibilidades de inserción de la clínica psicoanalítica

Es conocido que Lacan (1966) en su diálogo en la Salpêtrière, define el lugar del psicoanálisis en la medicina como marginal y extraterritorial, sin embargo agrega también que aunque muchos analistas quieran mantener dicha extraterritorialidad, no es el anhelo que él mantiene. Es posible pensar un diálogo entre ambas disciplinas, si bien el psicoanálisis no opera desde protocolos, puede funcionar en otros espacios propiciando un encuentro en el cual el sujeto pueda decir acerca de su posición subjetiva y de los avatares de su ingreso al mundo significativo.

En la misma mesa redonda donde debate Lacan se encuentra la Sra. Aubrey y Ginette Raimbault, quienes comentan sobre su experiencia en el marco de una institución hospitalaria. Aubrey señala que “hay institutos médico-pedagógicos en los que el psicoanálisis ha encontrado su lugar, consultorios, hospitales de día: la mutual de los estudiantes” (Lacan, 1966), que es justamente lo que compete a la experiencia en la práctica pre-profesional, el Hospital TMC tiene la característica de ser un centro de formación, que acoge a estudiantes de pregrado y postgrado de diversas especialidades. En este caso en particular, las posibilidades de trabajo se enmarcaban en la presencia de un psicólogo en las diferentes áreas.

Estando dentro de la institución tanto un empleado como un practicante se expone a las demandas institucionales, las cuales suelen ser del orden de datos cuantificables u opinión sobre posible simulación de síntomas. Millas (2014) en

su conferencia comenta que si bien al analista como al psicólogo se le puede pedir que responda con un diagnóstico o que realice un informe, esto no debe causar mayor dificultad, se puede responder al pedido de la institución, incluso para no perder nuestro lugar en ella, pero esta respuesta bien puede llevar el peso de la formación analítica, depende de que el profesional haga algo con lo que tiene y con lo que se le pide.

Es necesario partir de la pregunta ¿cuál es la función que se me solicita?, es decir qué es lo que espera la institución que realice, puesto que no en todos los casos se pide la intervención de un analista o de un psicólogo orientado psicoanalíticamente para la atención de pacientes, suele existir otro tipo de demandas, como por ejemplo de la investigación. Raimbault en la mesa clínica en la que debatía Lacan (1966) ,comenta que ella fue invitada a formar parte del área de nefrología infantil en calidad de investigadora para así transmitir a los médicos la distancia entre la significación que ellos dan a la enfermedad y la de los niños y sus familias, y explica “en la práctica, me coloqué en una posición complementaria a la de los otros investigadores participando en todas las actividades del servicio, ya sea en la sala con las visitas, en el curso de las discusiones científicas y clínicas”.

A mi parecer es un poco lo que Lacan trataba de introducir, cuando dice que tal extra-territorialidad no es su anhelo, pues desde esta posición el analista es un profesional invitado, que no pertenece al trabajo que ahí se realiza, más que como observador externo. Sin embargo lo que Raimbault aporta es una cuestión más participativa, que involucra un poner en diálogo las diferentes perspectivas sobre los temas que conciernen. Durante la práctica, se tiene la oportunidad de vivir estos momentos de la inserción de una rama como la

psicología, en espacios donde antes no se había solicitado de manera específica, como es el área de neurocirugía.

Para Greiser (2012) la posición del analista debe ser de extimidad, a modo de la banda de Moebius, de modo que el analista o el profesional orientado por esta vía, no permita que su labor sea institucionalizada, pero a la vez pueda devolver algo a la institución sobre su quehacer. Dentro del Hospital TMC, los jefes de área de psiquiatría y neurocirugía permitían el paso del practicante a las conocidas visitas médicas y a los *staff* donde se debate el diagnóstico y pronóstico de los pacientes ingresados y de aquellos por ingresar. Dice Lacan (1966) que “es suficiente que eso haya sido dicho en alguna parte y que una oreja sobre doscientas lo haya escuchado, para que en un porvenir bastante próximo estén asegurados sus efectos” (p. 97), no se trata de decir cualquier cosa, sino de que la intervención del practicante o analista en el paciente tenga algún efecto, no necesariamente físico sino de verdad, para que la oportunidad de un trabajo interdisciplinario se dé.

3. Aplicación de los principios para una clínica orientada psicoanalíticamente

Previamente se ha podido ir constatando algunos de los conceptos centrales de la teoría, la práctica y la clínica psicoanalítica. En sus primeras obras, Freud nos permite un acercamiento a su práctica, y realiza varias exposiciones para transmitir su enseñanza a los *logos*, aquellos que no eran médicos, pero se encontraban interesados por la clínica que planteaba el psicoanálisis. Es así que se elucubra el camino, para llegar a lo que hoy conocemos del psicoanálisis, trabajaremos entonces a dos tiempos, a modo del inconsciente durante una sesión analítica. Situados en el presente pero con las significaciones pasadas.

Todo inicio de un trabajo analítico o en el caso de las prácticas que motivaron este trabajo, de una práctica orientada analíticamente, se da con un evento que conmueve la vida de una persona, es decir un punto de desestabilización de la rutina cotidiana en la cual una persona podía arreglárselas. De ello queda la contingencia de un encuentro con un analista o un profesional que brinde el lugar de una escucha activa, es entonces que, el primer encuentro abre la puerta a caminos de amalgama constituidos por los desenlaces que cobra una vida.

Tanto en Freud como en Lacan, queda establecido el psicoanálisis como una práctica de la palabra, de ahí en adelante lo que sea enunciado por el paciente debe ser escuchado, pero sobre todo leído, se trata entonces de dar un tiempo posterior para realizar esta función de lector. Lacan (1977) lo dice

“aquel que me interroga, sabe también leerme” (p. 83), se trata de un trabajo de desciframiento, en el que lo que se interroga es la marca de un goce que se le escapa al sujeto y del cual nada puede decir “de una verdad que aspira a lo real” (Lacan, 1977)

Miller (1997) en su obra identifica tres momentos de la práctica analítica, el primero es la evaluación clínica, el cual está formado por las entrevistas preliminares que permiten al analista recoger datos sobre la causa por la que el sujeto se conduce a un análisis, sin embargo este punto ya había sido enunciado por Freud (1912) cuando propone el ensayo previo al análisis, este momento permitía al analista determinar si el paciente que solicitaba era apto para iniciar un tratamiento. Los otros dos momentos son la localización subjetiva y la introducción al inconsciente, que competen al proceso de subjetivación del síntoma que manifiesta el sujeto así como el surgimiento de la interrogación, acerca de lo que en ello le compete.

Otro de los principios claves de la práctica es la transferencia, definida por Freud (1917) como el mecanismo que permite dar cuenta del funcionamiento del inconsciente puesto en acto, en la actualidad de la sesión analítica. En la concepción de Lacan hay un pasaje de este concepto, como lo indica Dicker (2011) el concepto de transferencia en un primer momento se encuentra ligado al término de Sujeto supuesto al Saber, momento del análisis en que el paciente supone que hay un saber del lado del analista acerca de algo que le es singular para él.

Un segundo momento es cuando se suma el deseo del analista, donde la transferencia tiene en primer lugar un efecto de engaño, en tanto el deseo del analizante se encuentra con el deseo del analista “desde donde el Otro me ve tal como me gusta que me vean” (Dicker, 2011), es por ende necesario una movilización a un segundo escenario en el cual las identificaciones se mantienen a distancia para hacer de soporte al objeto a, a lo que es causa de un sujeto “no hay en el asunto solamente lo que el analista quiere hacer de su paciente. También hay lo que el analista quiere que su paciente haga de él” (Lacan, 1964). Este lugar no posee ningún encanto y el deseo del analista se mantiene siempre enigmático.

Laurent (2006) posterior al congreso de la Asociación Mundial de Psicoanálisis en Comandubá y el debate de las escuelas pertenecientes a la misma, hizo lectura de lo que se denominó “Principios rectores del acto analítico”, en ellos se reúne gran parte de los elementos ya mencionados, además de indicaciones que permiten una línea clara acerca de lo que al psicoanálisis respecta, si bien es cierto dentro de esta enseñanza no se trata de protocolos, ni estándares, existen nociones que permiten guiar el quehacer analítico. Dentro de estos elementos están las cuestiones del tiempo, el cual no responde a la cronología sino al tiempo lógico del sujeto.

De estos elementos se puede conocer a fondo cuando se pasa por la experiencia propia del análisis, puesto que no se trata de una enseñanza transmisible o educable, es en esta medida que se puede tener una idea sobre lo que es el paso por un análisis recordando que al final no se trata de una modificación de conductas, ni en la transformación de un nuevo ser, “el neurótico curado ha devenido en realidad otro hombre, aunque en el fondo,

desde luego, siga siendo el mismo: ha devenido lo que en el mejor de los casos y bajo las condiciones más favorables podía devenir” (Freud, 1917)

3.1. El practicante orientado analíticamente: ¿Cuál es su campo de intervención en la institución hospitalaria?

Dentro de una institución hospitalaria el practicante puede ser llamado a ocupar diferentes lugares, dependiendo la demanda institucional. Debido a que el contexto es un escenario donde lo orgánico es central y los modos de tratamiento buscan el alivio inmediato del padecimiento, los requerimientos a los profesionales que competen al campo de la salud orgánica y “mental” llevan el rasgo de lo cuantitativo, utilitario y funcional. Es así que los pedidos en el campo del psicólogo clínico son generalmente de: diagnosticar, curar, medir entre otros.

La tentación a ceder a estos lugares, se encuentra siempre manifiesta, y se trata de una posición ética a partir de la cual se responda a la demanda institucional pero sin dejar de lado a lo que le es más íntimo a un sujeto. En el marco de la institución en la cual se realizaron las prácticas pre-profesionales, la razón de ingreso es un convenio desde lo educativo para la formación de los próximos profesionales, dentro de la institución el practicante se inserta en los pedidos de un área en específico, en este caso se resaltarán dos que marcaron la experiencia: el área de neurocirugía y psiquiatría.

En el área de neurocirugía el pedido consiste en atender a los pacientes con las siguientes características: pronto a recibir un diagnóstico de tumor ya sea este benigno o maligno, en cualquiera de los casos el tratamiento puede ir desde tratamientos por vía oral hasta operaciones y posteriores tratamientos con métodos quimioterapéuticos, se solicita también atender a aquellos que tuvieran enfermedades congénitas o hereditarias, pacientes cuyos síntomas no encajan en ningún cuadro, entre otros. Es así que el médico dirige su pedido en dos vías: en la hiancia de respuestas científicas y la del paciente en el lugar de desecho.

Para el primer punto, es remarcable el concepto de dolor, en tanto lo que compete al dolor físico nunca permanece inseparable de los efectos subjetivos. Específicamente en el área de neurocirugía es una de las manifestaciones más presentes, que aunque son tratadas quirúrgica o farmacológicamente, parte de ellas parecen inmutables a sus efectos “cuando no puede objetivarse como señal de lesión, se convierte en síntoma para la medicina” (Grañó, 1997). Cada sujeto lidia con el dolor de un modo singular, a la vez que implica para cada uno diferentes significaciones, y de este malestar solo se puede saber por la vía de lo que el paciente dice, es así que la medicina se encuentra con un límite a su saber, puesto que no reconoce saber alguno del lado del paciente no puede a ello acceder.

Grañó (1997) invita a pensar el dolor, desde el psicoanálisis, como una respuesta ante la falta de significantes como es el caso de los síntomas de conversión que aquejaban a las histéricas estudiadas por Freud, puede funcionar también como objeto que impide el desplazamiento de la libido o incluso para mantenerse en la insatisfacción lo cual es ejemplificado por la

autora con el dicho popular de las cefaleas femeninas. Todas estas manifestaciones constituyen una fijación de goce, cuya intervención debe ser dada desde la interrogación, apuntando a la subjetivación.

El segundo punto consiste a aquellos pacientes que quedan reducidos a un resto, en tanto no llevan la señal del “buen pronóstico”, quedan desahuciados ante el diagnóstico. Desde aquí cabe hacer la distinción de que la labor del practicante, no consistía en transmitir las “malas noticias”, sino el de ofrecer un espacio para enunciar la angustia, “dad palabra al dolor: el dolor que no habla, gime en el corazón hasta que lo rompe” (Shakespeare, 1981). Este es uno de los espacios a intervenir del practicante, no reducido al pedido médico, pero orientado al decir del sujeto.

A continuación de ello hay la posibilidad de transmitir algo de este encuentro, como lo indica Greiser (2012) se trata de hacer pasar la escucha a otros discursos y para ello existen muchas vías por ejemplo los informes y las discusiones clínicas. Durante la práctica pre-profesional, se dio la posibilidad de ambas transmisiones, por cuestiones académicas la atención de los pacientes al final conlleva a la elaboración de un informe que dé cuenta de la problemática vital del sujeto en cuestión, la escritura a modo de informe acompañada de la supervisión permite comunicar al personal médico, cuestiones que aparecían como falta de colaboración, invención, y a partir de ellas orientar al personal, en caso de ser necesario, como actuar frente a estos impasses.

En ambas área los practicantes son invitados al *staff* que compone la discusión clínica de los casos, en ambos lugares la intervención es diferente. En

neurocirugía la discusión es siempre médica y la intervención por ahora posible, es a modo de sugerencias sobre el tratamiento o para responder las inquietudes del galeno con respecto a la evolución del paciente. En el área de psiquiatría, la dirección a una discusión clínica, es mayormente aceptada, es así que posterior a la anamnesis del paciente se genera una discusión en torno a los síntomas, tratamiento psicológico y dependiendo el caso posibilidades de alta. Este diálogo es posible por dos elementos: la suposición por parte del personal de que hay en la presencia del practicante un saber hacer, que se evidencia en los efectos y por la presencia de más de un practicante bajo la misma orientación.

Desde el lugar de practicantes e incluso en el caso de profesionales, es necesario reconocer cuando, como y hasta donde intervenir, más cuando se trata de un espacio médico, ya que hay que reconocer los límites propios y de la orientación que nos guía, pues si bien nuestra clínica no es medicamentosa, hay que reconocer su necesidad cuando el malestar “amenaza invadir la subjetividad al punto de destruirla” (Roudinesco, 2013). Es bien sabido que el psicoanálisis no es una materia que se imparte en los salones, y que la psicología no es psicoanálisis, sin embargo esto no impide que la guía que orienta nuestro actuar sea analítica “lo que hace falta es que el psicoanálisis aplicado a la terapéutica siga siendo psicoanálisis y que se preocupe por su identidad psicoanalítica” (Miller, 2001)

3.1.1. Momentos del acto clínico

Lacan (1975) durante una de sus lecciones, señala que el analista debe ser por lo menos dos, y es partir de este enunciado del autor que se introduce la

cuestión del acto clínico y lo que se anuda en tanto teorización. Al hablar de dos analistas, Lacan hace referencia al analista que produce efecto, es decir, que opera en un espacio que es el de la sesión, poniendo en suspenso su saber y el analista dos, sería aquel que se interroga posteriormente a la sesión acerca de aquello que había que buscar, puesto que por anticipado no hay modo para él de saberlo.

Es necesario separar estas dos instancias para que la labor del psicoanálisis no sea socavada bajo el modelo de una constante demostración de la teoría, perdiendo de vista las singularidades que arroja un caso, fuera de toda concepción previa. El analista uno como ya se mencionó, es aquel vigente durante las sesiones, aquel que presta su presencia para sostener ahí las enunciaciones del paciente en torno a aquella falla primera. Y aquellos que no hablan, especialmente por lo real tan inminente de la época actual, lo hacen con el cuerpo y dicen más de lo que creen saber, lo inconsciente se adelanta en sus manifestaciones.

El analista dos, es aquel que se moviliza a la teorización de un caso, que es lo que se puede apreciar en los historiales de Freud. Cancina (2008) señala que en esta fase se trataría de un entretejido, en el cual a partir de los decires del paciente se tejiera la teoría. Se trata de *montrer la corde*, mostrar cómo se entrelazan los elementos prácticos y teóricos, sin que esté empujado a concordar de manera exacta. La finalidad de este trabajo no constituye únicamente una transmisión en el orden de la enseñanza, sino también una interrogación acerca de la propia práctica.

A estos dos momentos se suman tres tiempos que identifico Lacan (1971) el instante de ver, el tiempo de comprender y el momento de concluir, estos conceptos son aplicables al marco social y de la práctica en instituciones hospitalarias. Pensando en lo que respecta a la sociedad actual, nos encontramos ante el pedido de lo inmediato, de las respuestas rápidas, como demanda y pedido de las personas, siendo el psicoanálisis el discurso que permitiría dar lugar al tiempo de comprender entre la instancia de ver y la precocidad de concluir.

En las instituciones hospitalarias, desde sus orígenes hay un predominio de la mirada, de los signos objetivables y medibles de la enfermedad que se despliegan en el cuerpo del enfermo, mientras que la conclusión es dada por la vía del diagnóstico. La intervención analítica permite crear un espacio de interrogación para el sujeto, dependerá del arte del analista o del practicante por ella orientado, el crear un intervalo en los dichos del sujeto mediante los cortes, o proponiéndole que se tome un momento para escucharse, muchas veces se habla cosas fundamentales, como si se dijera nada, de ahí que nuestra labor sea dejarnos encontrar con el detalle, con las sutilezas.

3.2. La intervención con pacientes hospitalarios

La intervención con pacientes hospitalarios tiene características singulares que se han venido mencionando a lo largo del texto, por ahora se rescatará la dimensión del cuerpo, en tanto soporte no solo de lo disfuncional del organismo, sino también como aquello que soporta lo indecible. Como se ha podido ir

desarrollando a lo largo de la historia de la medicina el cuerpo ha pasado de la mirada a la intervención, la barrera de la piel dejó de ser un obstáculo para el encuentro de un más allá interminable, los límites se vuelven difusos y lo real cobra manifestaciones más voraces.

Estas modificaciones sobre el cuerpo no solo influyen en la práctica médica, sino también en la forma en la que el sujeto se relaciona con la enfermedad. Durante la práctica se pudo observar como a gran parte de los pacientes ingresados en las diversas áreas del hospital, se le dirigen interconsultas al área de psiquiatría y psicología. Vemos entonces como la vía para que una persona se involucre en una terapia, es cada vez más amplia, los sujetos están abocados al campo psiquiátrico y psicológico, aunque sus motivos de ingreso parecieran no concernirles.

Gran parte de los casos en los que es llamado el practicante o el profesional a actuar, es en el caso de las enfermedades graves o procedimientos de pronóstico reservado, en las cuales el paciente se encuentra confrontado a la muerte y a lo que fue su vida. Es de esta forma que el presente, el pasado y el futuro se cristalizan en un instante y el sujeto se ve enfrentado a “vivir en lo propio y con lo ajeno” (Lozano, 1996) esta experiencia no es sin efecto y ya sea en el silencio de palabras o en el grito del cuerpo, sabremos de ellas en tanto deseemos verlo.

En las instituciones no existe una concordancia entre lo que es beneficioso para la institución y aquello que lo es para el sujeto, es en esta intersección donde se esboza nuestra presencia, no respondiendo a la utilidad directa de lo

que se demanda. Si bien el Otro social plantea cuestiones problemáticas para los sujetos, la medicina y el psicoanálisis, no se debe retroceder ante ello y menos ubicarse desde la posición del Otro regulador que no da lugar a lo singular sino a los decires por parte de los otros o de los exámenes. Nuestro lugar puede ser el de un Otro deseante, que aloje al sujeto ante la inminencia del *acting* o el pasaje al acto.

3.2.1. El aparataje práctico: Hacer con lo que se tiene

“Por una parte nunca dejó el hospital Sainte-Anne: “mis murallas”, decía, cuando pretendía “hablar a las paredes”, por no ser suficientemente entendido” (Roudinesco, 2013) es una de las descripciones que proporciona la autora sobre Lacan, quien dedicó gran parte de su práctica y enseñanza a las instituciones hospitalarias, los cuales han representado siempre una apuesta difícil de pronosticar, pero un riesgo deseoso de emprender. Las desventuras son siempre inalienables a la incursión en un campo otro, más aun cuando la práctica que se realiza es poco creída o desconocida para quienes conforman la institución. Por muchos años Lacan fue sometido a fuertes críticas en sus presentaciones de enfermos, la cual había heredado de la antigua psiquiatría, sin que ello lo disuadiera de su actuar. Es entonces que se debe pensar en las bases del psicoanálisis, en sus recursos y cómo a través de ellos armar un modo de intervención sostenible en la institución.

De la práctica extraigo la ilustración de aquello que fue posible para la creación de un espacio en el que nuestra labor de practicantes sea acogida.

¿Qué es lo que tenemos? Urgencias y malestar, es lo que más se encuentra en las casas de salud, ante ello no se debe retroceder, la labor se encuentra en buscar que el *parletre* en condición de angustia, de encuentro con lo real, pueda restituirse a la cadena significativa y hacer distancia a la dimensión de puro goce en la que puede sumergirse ante la ausencia de palabras que permitan hacer de frontera.

Se cuenta también con un equipo interdisciplinario formado por médicos, psiquiatras y trabajadores sociales, la variedad permite trabajar desde diferentes campos en la intervención con un paciente. De ello se puede hacer una clínica entre varios, sobre la base de que los varios, no estén determinados por una relación vertical es decir bajo la voz del amo, sino en la relación horizontal que rescata la singularidad de cada rama y de lo que para cada uno es enunciado. A la vez que permite que la transferencia sea distribuida entre los diferentes miembros del equipo.

La creación de espacios de trabajo, como el proyecto de URCA (unidad de rehabilitación de conductas adictivas) desarrollada tiempo después de nuestra incursión en el área de psiquiatría, surge esta subdivisión como demanda social ante el aumento de casos de consumo que llegan a la hospitalización, a lo que responde esta creación es al deseo del Otro, pero el actuar está en no dejar que se reduzca a ella, a través del deseo del analista. No se trata de la vía del ideal sino de la toma de decisión de confrontarnos a la tarea a través de una elección singular, que hace eco.

No hay un prototipo de accionar o de guías para la inserción en las diversas instituciones sociales, cada uno deberá arreglárselas con lo azaroso de la

experiencia y confrontar esa extimidad que no deja de hacer presencia, hay que recordar que “en el marco de un análisis cada uno lo hace o cree hacerlo como puede, a su manera” (Miller, 2001), de tal forma que si bien existen entidades que garantizan la práctica de un profesional, este debe también autorizarse a operar desde un determinado lugar. “Por sus frutos los conoceréis” dice el evangelio según Mateo, lo demás “*scilicet*” (no hace falta decirlo).

4. Análisis de casos

Como se mencionó anteriormente, el trabajo con un paciente no concluye cuando acaba la sesión, pues hay posteriormente un trabajo de elaboración por aquel que lleva el tratamiento, si en el primer momento se trataba de mantener en suspenso los saberes teóricos que llevarían a la conceptualización, en el segundo momento se busca hacer uso de ellos para orientar el tratamiento. Un caso no es algo dado de antemano, sino, una construcción a partir de dos elementos: la teoría y la práctica, es así que se opera sobre una experiencia que tiene la función de transmitir algún punto que concierna a nuestra investigación.

Los análisis de casos en el psicoanálisis, son bien conocidos desde los trabajos de Freud con sus casos *princeps*, que introdujeron los primeros conceptos que iba elaborando. En su trabajo encontramos, los historiales, que consisten en una breve narración de los antecedentes del síntoma y su desarrollo posterior, sin embargo, no hay que confundir breve con resumen puesto que por esta vía hay que mantener algunos cuidados. Cancina (2008) señala dos dificultades en relación al historial: externas e internas, los cuales ya habían sido previstos por Freud durante su trabajo.

Las dificultades externas e internas competen a la elaboración misma del historial, cuando se habla de las dificultades externas se hace referencia a lo que viene de los otros, ya sea previa o posteriormente de la publicación del caso, es así que principalmente se debe considerar cuidar el anonimato del

paciente, de modo que su vida no sea expuesta al conocimiento público. Hay riesgos a los que nos exponemos, como por ejemplo en el caso Aimé de Lacan, en el cual por azares Didier Anzieu hijo de la paciente empieza un análisis con Lacan, sin embargo al descubrir que bajo el anonimato se encontraba su madre despliega una serie de conflicto con quien era su analista.

En el caso de las dificultades internas, se trata de establecer que un historial no es una descripción exacta de los hechos reales en torno a la vida de una persona, más bien se trata de destacar las singularidades de la realidad psíquica de un sujeto. De tal forma que es innecesario extenderse en largas historias y aunque se tratara de escribirlo todo, hay que reconocer que hay algo que siempre escapa y que conlleva una dificultad al momento de transmitirlo “algo queda irremediamente por fuera como parte de un real innombrable” (Gallo & Elkin, 2012). Estas complicaciones pueden ser orientadas a partir de la respuesta a la interrogación ¿qué queremos investigar? ¿Cómo? Y ¿por qué?, con las respuestas a estas preguntas podemos pasar a dos elementos que sirven de guía para orientar la investigación son: los objetivos y el método.

Definir los objetivos de una investigación son los puntos claves para mantener la coherencia y a la vez definir el alcance o las limitaciones que debemos enfrentar. En el caso de Freud sus casos tenían la finalidad de un aporte científico y de reconocimiento del psicoanálisis como una disciplina válida “entonces, el primer objetivo confesado es el de aportar pruebas a la comunidad científica y al público en general” (Freud, 1978). En el caso de esta sistematización los objetivos son de transmisión de una experiencia singular en el marco de las prácticas pre-profesionales, puesto que no se trata de un

descubrimiento, sino de la aplicación y elucubración de los principios del psicoanálisis en el trabajo con pacientes hospitalarios.

Con respecto al método, su elección no debe ni tiene por qué ser rígida. En el campo del psicoanálisis hay que tener claro que el método no tiene que ver con un modelo de hacer (*Facere*), sino como lo indican Gallo & Elkin (2012) de un modo de proceder (*Pro-cedere*) que conecta con lo singular e irreplicable de evaluar, como se mencionó con anterioridad en la dimensión del ser hablante hay siempre algo del orden de lo real, el cual no es panificable sino siempre imprevisto, sorprende, y es con esta incertidumbre con la que se debe mantener un abordaje abierto.

Para este desarrollo se usará el método indiciario, en tanto signo a ser leído, puesto que lo que encontramos en la práctica es con los indicios a partir del cual se revela el inconsciente, puesto que ningún acto humano es arbitrario, se debe dar el lugar de valor a los detalles que surgen en cada sujeto, es de esta forma como operaba Morelli, a través de las “pequeñas idiosincrasias que no parecen esenciales” (Gallo & Elkin, 2012) las naderías que dicen más de lo que creen. En el ámbito del psicoanálisis el método indiciario da un paso más, en el camino de la pesca de los signos de goce, no es solo el escuchar los significantes sobre los que ha girado una vida, sino de ubicar los puntos en los que se ha fijado, sin que de ello haya querido dar cuenta.

4.1. De una mirada a otra

Jhon tiene 26 años, proviene de Esmeraldas donde labora como guardia de seguridad e ingresa al área de neurocirugía para la extracción de un tumor

localizado en la pierna, previo a su ingreso es diagnosticado con schwannoma producto de una neurofibromatosis. En su cuerpo la enfermedad hace signo, tiene manchas café claras y varias tumoraciones a través del pecho, hay una que se destaca por su tamaño, la tiene en la cabeza. Mi encuentro con él se da durante la rutina del hospital, al visitar las habitaciones me acerco a ofrecer el servicio de psicología, en esta ocasión no manifiesta ninguna dificultad, se encuentra esperando la programación de su cirugía. En el segundo encuentro ingreso con la visita médica, me acerco a los pacientes para quienes es su primera vez frente a tantos médicos que imparten una clase a la cama del paciente, es la primera vez de Jhon.

Al acercarse el médico le hace una solicitud ¿puedes sacarte la camisa, para que los jóvenes puedan aprender algo de tu caso?, Jhon solo acepta y con movimientos temerosos realiza la acción, es entonces cuando queda expuesto a la mirada médica en su versión más mortal, el peritaje del Otro. Al terminar la visita, yo que me había mantenido sentada a un lado le devuelvo una expresión de interrogación, empieza a hablar del origen de su enfermedad a los 16 años y agrega casi a modo de irrupción que ha visto en la televisión un hombre con la cara llena de tumores, por lo que escuchó es su misma enfermedad y eso le causa preocupación” he aquí aquello por lo cual somos más mirados” (Lacan, 1962) el horror aparece, en cuanto es mirado desde el mismo lugar donde él ve, en lo real de la marca de la enfermedad en la piel.

En las siguientes entrevistas se trabajó sobre aquello que se le presenta como tan propio y desconocido. Además del cuerpo hay otra temática que empieza a surgir durante las sesiones “aceptar todo lo que venga del otro”, es una frase fantasmática a la que apela Jhon varias veces para dar cuenta de su

relación con los otros, la “aceptación” inicia a los seis años, cuando sus padres se divorcian y él se queda a vivir con su madre y hermana. Comenta no sentir enojo hacia su padre por “abandonarlo”, sin embargo en su discurso se evidencia reproche hacia la figura paterna.

Jhon manifiesta que tiene pareja hace ocho años, actualmente tienen una hija de menos de un año. Dentro del compromiso se han ido presentando dificultades, su esposa le ha sido infiel “porque no lo quería a él” y ahora ella desconfía de que él, le sea infiel. No hay interrogación sobre ello, solo la certeza de que “no quisiera dejar a su esposa sola, como a él lo dejó su padre”, ante ello queda señalar que él no es el padre de su esposa, el paciente introduce a su hija y dice que “es a ella a quien no quisiera dejar sola”, faltaría completar “como a mí” que es lo que en las siguientes entrevistas puede ir nombrando.

Al hablar de su relación con los pares dice que no desea que “lo traten diferente”, al preguntarle si eso había sucedido anteriormente contesta que no y refiere la historia de un compañero que tenía parálisis en el brazo derecho, posteriormente menciona que sus compañeros lo molestaban por el tumor de la cabeza, le ponían apodos como: “cabezón”. El recuerdo queda revelado por los hechos actuales, el paciente juega fútbol y su tumor le impide jugar y por la zona en la que se encuentra, es visible para sus compañeros, hasta entonces había podido arreglárselas con el velo de las ropas “el sujeto se las arregla con lo más íntimo, incomodo e insoportable” (Gallo & Elkin, 2012)

El acompañamiento se orientó por la vía de la interrogación y el trabajo en relación a su imagen. Difiere la mirada examinadora de aquella que devuelve una pregunta, la pregunta se mantiene escrita en el cuerpo y lo que se busca es que el paciente pueda ir la nombrando, Jhon plantea una en relación a su cuerpo ¿puede mi cuerpo verse como el del hombre de la televisión? Es una pregunta ante la cual se invita al paciente a nombrar sus hipótesis y a investigar sobre una enfermedad de la cual solo conoce el nombre y se le presenta disociado de la cadena, es un diagnóstico mudo, no dice nada más que lo que es.

De su relación con los otros queda señalada la agresividad detrás de la aceptación, por ahora se ha mantenido “resignado” como él mismo lo indica, es entonces momento de comprender pues es solo “acercándose a la roca viva de eso que lo hace sufrir(...) interrogarse cuyas respuestas lo han de conducir a verse desde otra perspectiva” (Gallo & Elkin, 2012). En el trabajo con Jhon los señalamientos e intervenciones apuntaban a despejar el no querer saber y los diferentes taponamientos que ponía en práctica, la imagen resultó la vía por la cual se pudo introducir el cuestionamiento.

4.2. Lo que el Otro deja ver

Santiago tiene 43 años, ingresa al área de psiquiatría por pedido propio, puesto que presenta una baja de ánimo, debido a su salida del trabajo por consumo de cocaína y pérdida de dinero que alcanza un valor importante. Durante la entrevista comenta que tiene problemas en su otra vida, identificándose como gay, explica que a los veintiún años se casa y su pareja

queda embarazada, por tres ocasiones tratan de sostener el matrimonio sin éxito, finalmente le comenta a su esposa su elección sexual y es cuando se finaliza el matrimonio.

Explica que el consumo inicia a los cuarenta años, por intervención de un amigo durante la celebración del cumpleaños de Santiago, después de ello decide darse un año sabático, para experimentar cosas que no había realizado, como drogarse y experimentar actos sexuales continuos y con varios hombres a la vez “parecen animados por la compulsión irrefrenable a ofrecerse como un agujero para cualquier falo” (André, 1995). Sesiones después comenta entre risas que recordó algo de la fiesta que la parece “loco”, estando él sentado con los amigos se acerca una chica a su amigo y estos empiezan a mantener relaciones a lo cual agrega rápidamente “yo no participé” y se le cuestiona si permanecer observando no es participar también de lo que ahí sucedía, “lo interesante de este sujeto es que a pesar de (...) faltarle conciencia en la mayoría de sus actos, no por ello es menos responsable de lo que vive, siente, piensa y hace” (Gallo & Elkin, 2012)

Previo al año sabático había mantenido pocas relaciones amorosas. En una ocasión se encuentra con un ex a la salida de una discoteca y este le informa que tiene VIH y que es posible que lo haya contagiado, desde entonces aumenta el consumo evitando hacerse el examen, cuando decide hacerse el examen acude drogado y obtiene como resultado que no se encuentra contagiado. De sus padres dice que son separados, a su madre la describe como una mujer dulce aunque "le daba palo", el padre no se metía en la corrección. Comenta que hace unos años se reencontró con su padre en la calle y recalca que este "olía mal", después de este encuentro se lleva a su

padre a vivir con él puesto que se encontraba gravemente enfermo. El padre fallece tiempo después por complicaciones renales.

En una de las entrevistas Santiago indica que él, al igual que sus hermanos, tiene nombres bíblicos que empiezan con "S". Comenta entonces que en su "carta de presentación" menciona que él es ateo, a partir de ello explica que ha visto muchas cosas dentro de la iglesia católica como por ejemplo cuando trabajaba en un hotel vio a un sacerdote ingresar a una habitación con un niño. De su iniciación sexual relata una escena infantil a los cinco años, en la cual ve que un niño de su misma edad se levanta la camisa, provocándole una sensación que ahora puede denominarla como atracción. Una segunda escena es a los ocho años en la cual mantiene contacto sexual con un primo de doce años.

En la escena de los cinco años se pueda dar cuenta del carácter de marca de lo que será su modo de gozar "levantar la camisa", ver aquello que debería estar velado, en este caso por las ropas. Ya en la adultez se le revela algo del mismo orden, la escena del amigo manteniendo relaciones, evento que se presenta como la intimidad de aquello que se hace puertas adentro, es mostrado. Se aprecia un goce voyeur "en el fantasma, el sujeto es la hendidura, a fin de que el Otro se interese, sea cómplice, esté abierto a ese espectáculo y participe en esa mostración" (Julien, 2002)

En una ocasión Santiago muestra la variedad de aromatizantes que tiene en la habitación puesto que no le gusta el olor de ella, manifiesta que el tema del olor es importante para él y empieza en la adolescencia, relacionado con su

presencia y aseo personal. Previa a su alta dice "ya quiero estar limpio de esta situación, sentía que mi aura estaba muy oscura", en esa ocasión menciona varias veces la relación del olor con la elección de pareja, se le señala "otra vez el olor" a lo que responde "sí, ¿eso está mal?" no doy respuesta a su pregunta, por lo que continua hablando de otros temas hasta que surge nuevamente el tema del olor y pregunta ¿Por qué hablo tanto de eso?, y es que "cuanto más se busca borrar la huella, para reencontrarla, más insiste como significante" (Lacan, 1962)

Una semana después de las entrevistas trae un sueño en el cual va conduciendo por una doble vía y la carretera está llena de lodo, cuando llega al final de la calle ve a su ex en una tarima junto a Madonna. Del sueño logra decir que al ver a su ex sintió repugnancia y asco, se le señala que es la misma sensación que comentó con el lodo. Ese mismo día ha tenido muchas fantasías sexuales durante el día, estas se encuentran divididas en dos partes, la primera es con un joven que describe como un hombre sano y tierno, la segunda parte es con un joven con el cual mantenía relaciones esporádicas acompañadas de consumo. Es así que constantemente se plantea una división en su vida, la Madonna y el lodo, la primera parte de su vida en la cual las relaciones estaban mediadas por el afecto y el segundo momento de desenfreno de aquello que llama sucio y que busca tapar con el buen olor.

Metodología de la investigación del desarrollo de la experiencia

La temática propuesta para la elaboración del trabajo de titulación, está orientada al análisis y sistematización de la experiencia de las prácticas pre-profesionales en el ámbito hospitalario, de modo, que el método que atraviesa la práctica y su posterior escritura es el método clínico, “hacer clínica (psicoanalítica) es aquello que un practicante dice de su experiencia, especialmente en aquello que tiene de azarosa” (Colovini, 2008). Consiste en un recorrido singular y no estándar en la práctica, en el psicoanálisis el método no indica unos pasos a seguir sino unos principios de los cuales valerse.

Es decir que en ello no hay la rigurosidad del paso a paso, pero si hay la puntualidad en los principios que orientan la práctica y que en función de ello se trata de hacer una transmisión de lo vivido en el quehacer de la práctica. A partir de esta metodología el practicante se encuentra atento ante lo imprevisto del discurso: a las errancias, los signos del goce, las manifestaciones del inconsciente.

La elección de este método implica una investigación de tipo indiciario, en tanto, se trabaja con el inconsciente, con las subjetividades, con el sufrimiento que toma el cuerpo. Estos son aspectos no cuantificables, ni medibles, se trata de un abordaje practico-teórico a modo de *après coup*, de retroacción, no solo de las vivencias psíquicas de cada sujeto, sino también del propio trabajo de escritura sobre un caso, y en el trabajo actual, de la escritura de una práctica orientada psicoanalíticamente. Se trabajará con el modelo de estudio de casos *holistic type 3*, en la obra de Yin (1984), a través del cual lo que se pretende es

el análisis de varios casos bajo la modalidad de un solo informante, que sería el paciente.

El método secundario a emplear, es el exegético, el cual consiste en la revisión bibliográfica a partir de la cual se sostienen dos elementos: la práctica y la formalización teórica. En lo que respecta a la práctica, el estudiante de psicología está dotado de una formación académica que orienta su quehacer frente a los malestares subjetivos que se presentan en la actualidad, es desde este aporte epistémico que la puesta en acto está guiada por una ética. Desde nuestra formación la ética de la que se trata es la del deseo, de aquello que se desliza bajo la cadena significante y a la vez aquello que se es en tanto deseo del deseo del Otro, desde esta orientación no se trata de un manual sobre el hacer sino de un trabajo de deconstrucción para dar cuenta de aquello de lo que cada uno está sujeto, a la vez de poder reconocer desde donde no ubicarse, “hacerse el garante de que el sujeto puede de algún modo encontrar su bien mismo en el análisis es una suerte de estafa” (Lacan, 1959-1960)

Establecidos los métodos a utilizar, cabe señalar las técnicas y herramientas que forman parte de este proceso de investigación. Para el contenido teórico las técnicas a utilizar son: el análisis bibliográfico y las entrevistas. La revisión bibliográfica, consiste en el análisis que permite la descripción y la argumentación de la temática planteada, presentándose de manera clara de modo que ilustre los resultados obtenidos; la información recolectada será tomada de fuentes primarias y secundarias. Las entrevistas son el medio a partir del cual se puede poder en acto, los saberes obtenidos y al mismo tiempo recabar otro tipo de información.

En el campo de trabajo realizado la teoría no es sin la técnica “hay la teoría analítica, como un conjunto abierto de axiomas y principios y hay la técnica analítica, ésta en relación necesaria con aquella” (Oyervide, s.f.), como el autor citado lo menciona la cuestión de la técnica en el psicoanálisis no es un hacer fijo e inamovible, no se trata de pasos a seguir sino de un arte. Cabe pensar el arte no solo como aquello que divide al sujeto, que lo conmueve despertando aquello que permanecía dormido, sino también como una construcción singular y única por parte del artista.

Freud hablaba de que el modelo del analista debe ser la del cirujano, destacando la contratransferencia como elemento que obstaculiza la cura. Además de este sentido la posición del cirujano puede entenderse también como diseccionar el discurso, separar los enunciados de las enunciaciones, los decires y los dichos, de eso trata la segunda técnica que es la entrevista, no consiste solo en interrogar, sino de que haya alguien que ahí desee escuchar. El estilo de la investigación responde al objeto de estudio que son: los pacientes del área de neurocirugía y psiquiatría en el marco de la institución hospitalaria. Se trata de un doble viraje, por una parte la medicina en su desarrollo desde la clínica clásica al actual modelo clasificatorio; y por otra parte los pacientes que conforman el objeto de la medicina, destituidos de su calidad de sujetos

Momentos del proceso metodológico en la sistematización

ETAPAS Y FASES	ACTIVIDADES
ETAPA DE PLANIFICACIÓN	
1. Eje de la sistematización	<p>Para el desarrollo del trabajo de sistematización la elección del enfoque a seguir es el clínico. El objetivo de realizar este trabajo, es una suerte de transmisión clínica y teórica acerca de lo que constituye la inserción de una práctica de orientación psicoanalítica en una institución de tipo hospitalario.</p> <p>Los hilos que permiten ir tejiendo lo vivido y la elaboración son los conceptos centrales del psicoanálisis, es a partir de ellos que se labora clínicamente y que se realiza la formalización. Algunos de los conceptos centrales son: Sujeto, transferencia, inconsciente.</p>
2. Elementos involucrados en la experiencia	Dentro de la sistematización hay tres personajes centrales: El sujeto/paciente, el practicante y la institución.
3. Manejo de la Bibliografía	En el marco de una sistematización nos encontramos ante dos momentos, el primero es la experiencia de la práctica la cual no se realiza a ciegas, puesto que el practicante posee una formación que funciona como brújula en su práctica, sin embargo, el hacer

	<p>clínica es poner esos conceptos en suspenso, de modo que el trabajo con el sujeto no sea desviado. A posteriori es que se debe realizar el trabajo de formalización posible mediante el método exegético, es entonces que se debe retomar las fuentes que orientan la práctica, en el caso actual consiste en la obra analítica en un recorrido de Freud y Lacan.</p>
<p>4. Elaboración práctica</p>	<p>La práctica se realiza con pacientes del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo, se trabajó principalmente con pacientes del área de neurocirugía y psiquiatría. El aparataje con el que cuenta el practicante es el manejo de las entrevistas guiadas especialmente por la transferencia, otro elemento del que se sirve en las entrevistas es de la atención flotante y la asociación libre del paciente.</p> <p>La orientación de las entrevistas es que los sujetos puedan interrogar los puntos de goce que hacen malestar en sus relaciones, mediante el paso de la escena psíquica actual, a una escena que toque lo más singular.</p> <p>Para la sistematización de estos elementos se cuenta con una practicante y con la docente encargada de la supervisión de los casos</p>

ETAPA DE ANÁLISIS	
5. Análisis de los datos obtenidos	<p>Para integrar la clínica, la práctica y la teoría se necesita de un cuarto nudo, que es el investigador. De lo que se trata es de ir hilando los conceptos con la práctica, sostenido bajo la fórmula del deseo.</p> <p>Debe haber del lado del practicante una puesta en acto del deseo, lo cual dará lugar no solo al sostén de las entrevistas, sino al interés de ir un paso más allá y pensar acerca de su lugar en las entrevistas, de cómo se pone en juego lo más propio.</p> <p>Mediante esta línea hay efectos que se producen en el sujeto/paciente y en la institución. En ambos casos considero una acción de la mirada, para el sujeto es mirar lo más profundo de su ser o de su falta en ser y para la institución se trataría de una mirada que reconoce en el paciente un sujeto que sufre.</p>
ETAPA INFORMATIVA	
6. Redacción del informe de sistematización	<p>El informe de sistematización, posee un modelo establecido por los representantes de la carrera, para ello se cuenta con el acompañamiento de una tutora.</p> <p>El reto en esta etapa consiste en no permitir que bajo el modelo</p>

	<p>estandarizado se pierda la singularidad del quehacer analítico y del trabajo con los sujetos. Para esto hay que mantener una postura firme y clara sobre los principios que la sostienen.</p>
<p>7. Transmisión</p>	<p>Lacan muchas veces indicó que hay una dificultad estructural bajo la idea de una transmisión completa de la experiencia analítica, sin embargo, algo de ella se puede decir y es su carácter incierto, sorpresivo.</p> <p>La construcción realizada, es un esfuerzo de dar cuenta de lo que constituye orientación analítica y cómo es posible la obtención de efectos en una institución.</p>

Análisis e interpretación de resultados

En el periodo 2014-2015 se realizaron las prácticas pre-profesionales correspondientes a la finalización de la carrera de Psicología Clínica, en la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la educación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Durante este trabajo de sistematización de la experiencia práctica, se propuso analizar la relación de psicoanálisis y medicina a partir de la clínica clásica, entendiendo como eje de la clínica la mirada y los efectos de lectura en aquellos sujetos que en el ámbito hospitalario se encuentran en posición de pacientes.

Para la realización de esta sistematización se dieron varios momentos, el más previo es la formación académica en la cual se desarrollan los conceptos centrales que marcan la especificidad del psicoanálisis y su puesta en acto, de ahí que el momento de la práctica se encuentre conectado a dicha orientación. Posteriormente se encuentra el trabajo de formalización, que consiste en la escritura de los elementos mencionados, entretejiendo la teoría y la práctica. De tal forma que el método no es pensado al final, en la escritura, sino que atraviesa todo el proceso.

El método constituye el camino por el cual nos dirigimos y los senderos a los que nos conducimos. En el caso actual el método clínico es la guía del accionar. Es así que se parte del encuentro de un sujeto/paciente con un practicante que ofrece un espacio psicológico caracterizado por una escucha activa y la interrogación por aquello que establece el sufrimiento. En esta zona de trabajo lo programado se restringe a los marcos simbólicos que delimitan el espacio de atención, por ejemplo la hora en la que se acuerda con el paciente

trabajar o el espacio donde hacerlo. En términos del inconsciente no hay nada programable.

Durante las prácticas se generaron algunas dificultades al inicio de la inserción en la institución, puesto que la labor psicológica no es ampliamente reconocida y aceptada en el marco hospitalario, pues las afecciones que manejan son de tipo orgánico. Las casas hospitalarias poseen una estructura cerrada formada por varios actores, principalmente los galenos, sobre quienes recae la función de curar, para laborar en este campo fue necesario establecer un diálogo con los médicos en dos sentidos, el primero es dar a conocer nuestra función y la segunda es en favor del sujeto de modo que muchas veces el lugar que tomamos es el de puente entre el paciente y el tratante.

Sin embargo es una dificultad que pudo ser superada, en la medida en que nuestro accionar hace efectos no solo en el paciente sino también en la relación con su tratante, de esta forma las relaciones transferenciales se orientaron en la vía de lo simbólico pasando en un primer momento por las sendas de los elementos imaginarios. No se trata de educar a los miembros del equipo sobre lo que es el psicoanálisis o su *praxis*, sino de abrir el diálogo en el cual cada miembro se involucre en aquello que dice de acuerdo con la disciplina que maneja. Producto de ello se logró tener un lugar en las decisiones que concernían al paciente.

En lo que respecta a la escritura del proceso, se dio en el tiempo y en los espacios programados. Debido a que durante el proceso de formación hay un aprendizaje de los conceptos necesarios, no se presentaron mayores

problemas para llevar a cabo este momento. Una de las mayores dificultades que se presentó en la elaboración de la sistematización, es responder al pedido formal de una transmisión que tenga un carácter académico, puesto que hay en ello un carácter singular que escapa a lo objetivo, hay algo de la propia experiencia que puede ser entendido a partir del propio análisis.

Es de esta forma que se buscó encontrar un punto en donde se responda a la demanda académica pero sobre las bases de las propuestas de Freud, quien por varios años se dedicó al campo del verdadero combate, el consultorio, llevando sus casos a las comunidades de aquellos que deseaban formarse como analistas. Es preciso recordar que “la investigación de la verdad no puede reducirse enteramente a la investigación objetiva, e incluso objetivamente, del método científico habitual” (Lacan, 1953-54), sino que debe reconocer el límite, se puede redondear sobre aquello que resulta lo mas verdadero.

A modo general se puede decir que el practicante se encuentra enfrentado a dificultades externas e internas en su práctica, que van desde su inserción en una institución hasta las resistencias que presenta un sujeto en su discurso. La herramienta de la que debe servirse para ser operativo en su actuar, es el deseo, en tanto ubicados desde una posición deseante se genera la integración y la búsqueda de respuesta. La investigación en nuestro campo se apoya en el texto de un paciente, en el cual se busca al sujeto en sus dichos, pero se trata también de que logre enunciar cuál es su causa, quien es a partir del deseo del Otro.

En la transmisión de la experiencia se puede dar cuenta de que el trabajo dentro del hospital es posible, en tanto, hay el interés de querer participar en estos espacios. No hay modo de especificar una técnica o unos pasos a seguir para funcionar dentro de las instituciones, en cada caso se trata siempre de una creación, es decir, de que el psicólogo con orientación analítica debe siempre arreglárselas con lo novedoso y a partir de ello reformular el modo de intervenir o dialogar. En el trabajo expuesto, se presenta la singularidad del trabajo realizado a partir de los principios claves del psicoanálisis.

Conclusiones

“El momento de concluir, es el momento de concluir el tiempo de comprender” (Lacan, 1953-54), con esta cita el autor explica que alargar el tiempo de comprender llevaría a la pérdida de sentido de lo que en él se ha elaborado, de ahí la necesidad de hacer un corte, hay que concluir. Y si al principio era el verbo, llega el momento en el que tiempo apremia ante el sentido etimológico del verbo, es así también que el sujeto se adelanta en un tiempo lógico que lo origina y de ello que se constituya como sujeto al inconsciente.

Lacan (1977) hace una indicación precisa en su última enseñanza, acerca del trabajo con los sujetos, expone que no se trata de un puro hablar, hay algo de ello es cierto, pero el verdadero trabajo es por la vía del decir y de lo imposible de decir. Puntualiza Lacan que el analizante hace poesía, es un arte, que no se limita a los sentidos que un sujeto podría darle a su existencia “hay poesía cada vez que un escrito nos introduce en un mundo diferente al nuestro” (Geller, 1996), en la medida en que se configura como una creación singular, un escrito único.

Lo que está escrito, busca y se esconde de ser leído, mucho se juega en la mirada que se presta ahí entre las tinieblas. Es lo que marcaba la clínica clásica una mirada que interroga y acoge el sufrimiento, hoy ya no lo encontramos en la medicina, no todo termina ahí. El psicoanálisis es la ventana que permanece abierta para dar alguna luz sobre la dirección a tomar con un sujeto aquejado de la palabra en su condición de *parletré*, nos acercamos a leer, sin que ello

nos lleve a pensar que se trata de un arte fácil de domar “la lectura es en transferencia y sus condiciones afectan al discurso” (Rubistein, 2008).

En cada caso nos encontramos con el desafío de crear, de inventar nuestra práctica, de psicólogos clínicos con orientación psicoanalítica, a modo de un aparataje de principios aplicables clínicamente, posibles de introducirse en un dispositivo singular como en el espacio hospitalario o en otros espacios, según el deseo de querer en ellos realizar algún modo de aplicación. Esto lo aprendemos de la transmisión de los otros que realizan su labor en estos espacios, en la presentación de enfermos o en las viñetas clínica. Hay versos y casos cortos que “no por mutilados menos preciosos” (Freud, 1905)

Recomendaciones

A partir de la sistematización sobre la clínica psicoanalítica en relación con la clínica hospitalaria, se procederá a enunciar algunos puntos a considerar acerca de la función del psicólogo clínico orientado psicoanalíticamente. Sin embargo es preciso mencionar que es necesario que este trabajo sea completado a partir de las nuevas experiencias de los practicantes que se involucran en las instituciones hospitalarias, puesto que los espacios son siempre mutables y las condiciones a las que un practicante se introduce varían y por ende requieren de nuevas lecturas.

El psicoanálisis no es para todos, tanto Freud como Lacan destacaron este principio a lo largo de sus postulados, de lo que se trata es que no todos los sujetos que acuden en calidad de querer ser pacientes son aptos para someterse a un trabajo que desenmascare los velos de nuestro lado oscuro, de lo que es íntimo y externo para cada uno. De ahí que un principio, a modo de recomendación, sea el de manejarnos bajo la ética que atraviesa el psicoanálisis y de sostenernos de nuestro propio paso por la experiencia de descubrimiento que implica el análisis.

Ignorar estos puntos, nos pueden dirigir directo al error, “el psicoanálisis puede hacer mucho, pero es impotente contra la imbecilidad” (Roudinesco, 2013). Avanzando un paso más, se trata de que el practicante y profesional pueda valerse de los conceptos, en tanto estos no son estáticos e inamovibles, son conceptos operativos que se busca usar para poner a un sujeto a trabajar. Cuando alguien cuenta su historia, en un espacio destinado a dicha función, ha

puesto a su inconsciente a elaborar, y las historias a partir de las cuales se había manejado empiezan a ser cuestionadas.

“Se sufre de la historia” menciona Aguirre (2015), de los sentidos en torno al agujero que es causa para cada uno. De eso no hay que olvidarse, de que se opera con el sufrimiento, de que el discurso desde el cual nos formamos, no es otro que el de ser el tacho de basura, donde alguien viene a depositar lo que le aqueja. En el trabajo con personas la labor consiste en enfrentar al sujeto con sus dichos y que pueda reconocerse en ellos “un poco menos de lo mismo y un poco más de otra cosa” (Miller, 2009). Si no se olvida estos puntos, nuestra labor puede ser bien recibida.

Referencias

- Aguirre, A. (2015). Ellegir del Inconsciente. *Conferencia Universidad Católica de Santiago de Guayaquil*. Guayaquil, Ecuador.
- Alvarez, M. (2003). *La psicología científica, que nosotros recusamos*. Recuperado de L'aperiòdic virtual de la Sección Clínica de Barcelona: <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=123&pub=5&rev=22&idsubarea=24>
- André, S. (1995). *La impostura perversa*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleger, Fornari, Roussillon, Vidal. (1987). *La institucion y las instituciones*. Buenos Aires: Paidos.
- Brousse, M.-H. (04 de 2002). *¿De qué sufrimos?* Recuperado de Virtualia: <http://virtualia.eol.org.ar/005/default.asp?notas/mhbrousse-01.html>
- Cancina, P. (2008). *La investigación en psicoanálisis*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.
- Castoriadis, C. (1983). *La institucion imaginaria de la sociedad* . Barcelona: Tusquets.
- Castoriadis, C. (1983). *La institución imaginaria de la sociedad (vol. 1)*. Barcelona: Tusquets.

- Colovini, M. (2008). *Investigación clínica en psicoanálisis*. Recuperado de Psicopatología psicoanalítica : <http://psicopatologiapsicoanalitica.blogspot.com/2008/05/investigacion-clinica-en-psicoanlisis.html>
- Congres de l'Ecole Freudienne de Paris. (1969). *Lettres de L'ECF n°6*.
- Cosentino, J. (1997). *Revisión del lugar del despertar en la cura*. Recuperado de UBA: 23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/.../revisioncosen.rtf
- Cucagna, A. (03 de 2004). *Usos posibles del dispositivo psicoanalítico*. Recuperado de Virtualia: <http://virtualia.eol.org.ar/009/default.asp?notas/acucagna-02.html>
- Del Pedro, M. (2012). Seminario de Graciela Brodsky: "La Clínica Lacaniana" – Segundo Coloquio-Seminario de la Orientación Lacaniana en la ciudad de La Plata. Mar del Plata, Argentina.
- Dicker, S. (2011). *El Deseo del analista*. Recuperado de Virtualia: <http://virtualia.eol.org.ar/022/template.asp?Lecturas/El-Deseo-del-analista.html>
- Enriquez, E. (1989). El trabajo de la muerte en las instituciones. En R. Kaes, J. Bleger, E. Enriquez, F. Fornari, P. Fustier, R. Roussillon, & J. Vidal, *La institución y las instituciones* (pp. 84-119). Buenos Aires: Paidós.

Fernández, E. (10 de 2013). *El sujeto de la ciencia y el sujeto del psicoanálisis: el "cogito" cartesiano*. Recuperado de L'aperiòdic virtual de la Sección Clínica de Barcelona: <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=505&rev=60&pub=0>

Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica* . Argentina: siglo XXI.

Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de cultura económica.

Foucault, M. (1970). *La arqueología del saber*. Madrid: Siglo XXI.

Foucault, M. (1973-74). *El poder psiquiátrico*. México: Fondo de cultura económica .

Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: siglo XXI.

Freud, S. (1898-9). La interpretación de los sueños. En S. Freud, *Obras Completas Tomo 1* (pp. 343-754). Buenos Aires: El Ateneo .

Freud, S. (1905). Sobre psicoterapia. En S. Freud, *Obras completas: Tomo VII* (pp. 233-257). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1912). Sobre la iniciación al tratamiento. En S. Freud, *Obras completas: Tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones .

- Freud, S. (1913). *Múltiple interés del psicoanálisis*. Obtenido de www.uruguaypiensa.org.uy/andocasociado.aspx?166,685
- Freud, S. (1917). 27° conferencia: La Transferencia . En S. Freud, *Obras completas: Tomo XVI* (pp. 392-407). Buenos Aires: Amorrortu Ediciones .
- Freud, S. (1925). Los límites de la interpretabilidad. En S. Freud, *Obras completas Tomo VIII* (pp. 2890-2892). Buenos Aires: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1978). Fragmento de análisis de un caso de histeria . En S. Freud, *Obras completas Volumen VII* (p. 7). Buenos Aires : Amorrortu.
- Fustier, P. (1989). La infraestructura imaginaria de las instituciones, a propósito de la infancia inadaptada. En R. Kaes, J. Bleger, E. Enriquez , F. Formari, P. Fustier, R. Roussillon , & J. Vidal , *La institución y las instituciones* (pp. 160-187). Buenos Aires: Paidós.
- Gallano, C. (2012). *VII Encuentro de l'IF-EPFCL ¿Qué Responde El Psicoanalista? Ética Y Clínica*. Recuperado de <http://www.champlacanien.net/public/docu/3/rdv2012pre2.pdf>
- Gallo, H., & Elkin, M. (2012). *El psicoanálisis y la investigación en la universidad*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

- Geller, S. (1996). *Interpretación y poesía*. Recuperado de EOL :
http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=publicaciones&SubSec=impresas&File=impresas/col/jornadas/el_tiempo/geller.html
- Grañó, M. (1997). La experiencia del dolor en psicoanálisis y medicina .
Freudiana, 87-94.
- Greiser, I. (2012). *Psicoanálisis sin diván*. Buenos Aires: Paidós.
- Holguín, C. M. (18 de 07 de 2014). Una cosmética sin barrera, más allá de la piel. Guayaquil, Ecuador: Conferencia Pública .
- Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo. (2014). *Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo*. Recuperado de
http://www.htmc.gob.ec/mision_vision.php
- Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo. (2014). *Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo*. Recuperado de
<http://www.htmc.gob.ec/quienessomos.php>
- IESS. (2014). *Sistema de servicios de salud*. Recuperado de IESS:
<http://www.iess.gob.ec/es/web/guest/sistema-de-servicios-de-salud-del-iess>
- Jean Laplanche, Jean-Bertrand Pontalis . (2004). *Diccionario de psicoanálisis* .
Buenos Aires: Argentina.

- Julien, P. (2002). *Psicosis, Perversión, Neurosis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaes, R. (1989). Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones. En J. Bleger, E. Enriquez, F. Fornari, P. Fustier, R. Rousillon, & J. Vidal, *La institución y las instituciones* (pp. 15-31). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1953-54). *El seminario 1. Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1956-7). Seminario 4: La relación de objeto. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1959-1960). *Seminario 7: La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1962). *Seminario 10: La angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964). El sujeto y el otro: la alienación. . En J. Lacan, *Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964). *Seminario Libro 11, Los cuatro conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1966). La ciencia y la verdad. En J. Lacan, *Escritos II* (pp. 834-856). Barcelona: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1966). Psicoanálisis y medicina. En J. Lacan, *Intervenciones y Textos*. Buenos Aires: Manantial.

Lacan, J. (1967). *Proposición del 9 de octubre de 1967*. Recuperado de

WAPOL:

http://wapol.org/es/las_escuelas/TemplateArticulo.asp?intTipoPagina=4&intEdicion=4&intIdiomaPublicacion=1&intArticulo=183&intIdiomaArticulo=1&intPublicacion=10

Lacan, J. (1969-70). *Seminario XVII: El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1971). *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Lacan, J. (1972-73). *Seminario XX: Aún*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1973). *Seminario XXI*. Recuperado de CDEP:

<http://centrodedifusionyestudiospsicoanaliticos.files.wordpress.com/2013/03/26-seminario-21.pdf>

Lacan, J. (1975). *Seminario XXII: RSI*. Buenos Aires : Paidós.

Lacan, J. (1977). Apertura de la Sección Clínica. En *Ornicar?* 3 (pp. 7-14).

Campo Freudiano.

Lacan, J. (1977). *Psicoanálisis Radiofonía y Televisión*. Barcelona: Anagrama.

Lacan, J. (1977). *Seminario XXV: El momento de concluir*. Recuperado de

Bibliopsi:

<http://www.bibliopsi.org/descargas/autores/lacan/LACAN/Lacan-%20TODO!%20Psikolibro/30%20Seminario%2025.pdf>

Lacan, J. (1988). Del psicoanálisis en sus relaciones con la realidad. En J. Lacan, *Intervenciones y textos 2* (p. 52). Buenos Aires: Manantial.

Lacan, J. (1988). La tercera. En J. Lacan, *Intervenciones y textos 2* (pp. 73-108). Buenos Aires: Manantial.

Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Tres Haches.

Laurent, E. (2006). *Principios rectores del acto analítico*. Recuperado de <http://ampblog2006.blogspot.com/2006/09/principios-rectores-del-acto-analitico.html>

Lozano, M. (1996). El cuerpo en la encrucijada de la medicina, la psiquiatría y el psicoanálisis . *Pliegos*, 54-56.

Mannoni, M. (1979). *La educación imposible*. México: Siglo XXI.

Mannoni, M. (1980). *Infancia Alienada* . Madrid: saltes.

Mazucca, R., Schejtman, F., & Ziotnik, M. (2000). *Las dos clínicas de Lacan, Introducción a la clínica de los nudos*. Buenos Aires: Tres Haches.

Millas, D. (2014). Conferencia pública de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. *Los nombres del síntoma*. Guayaquil, Ecuador .

- Miller, J.-A. (1986). Elementos de epistemología. En J.-A. Miller, *Quehacer del psicoanalista: Recorrido de Lacan* (pp. 41-58). Buenos Aires: Manantiañ.
- Miller, J.-A. (1995). Adiós al significante. En *Conferencia porteñas tomo II*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.-A. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires : Paidós.
- Miller, J.-A. (1998). *El hueso de un análisis*. Buenos Aires: Tres Haches .
- Miller, J.-A. (2001). Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. *Freudiana N°32*, 7-42.
- Miller, J.-A. (2008). *El partenaire-síntoma*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.-A. (2009). *Conferencias porteñas Tomo II*. Buenos Aires: Paidós.
- Nepomiachi, R. (2001). *El médico, las tecnociencias y el psicoanálisis*. Recuperado de Virtualia: <http://virtualia.eol.org.ar/001/notas/elmedico-01.html>
- Oyervide, P. (1999). La pregunta por la técnica. Guayaquil.
- Palomera, V. (Julio de 2002). *Psicoanálisis y Psicoterapia ¿Responder al síntoma o responder del síntoma?* Recuperado de Virtualia: <http://virtualia.eol.org.ar/006/default.asp?notas/vpalomera-01.html>

- Pérez, R. (23 de 11 de 2014). *TEODORO MALDONADO CARBO*. Recuperado de Diccionario Bibliográfico del Ecuador :
<http://www.diccionariobiograficoecuador.com/tomos/tomo2/m2.htm>
- Polack, F. (2012). La irreductible singularidad, entre ciencia y psicoanálisis. En J.-A. Miller, *El orden simbólico en el siglo XXI: no es más la era, ¿qué consecuencias para la cura?* (pp. 247-252). Buenos Aires: Grama ediciones.
- Roudinesco, É. (2013). *Lacan, frente y contra todo*. Buenos Aires : Fondo de cultura económica.
- Rubio, G. (1993). *La ética del Bien-decir*. Recuperado de <http://www.fclb.be/spip.php?article38>
- Rubistein, A. (2008). Freud Investigador. En A. R. colaboradores, *Freud y la eficacia analítica* (pp. 103-118). Buenos Aires: JVE ediciones.
- Shakespeare, W. (1981). *Macbeth*. Buenos Aires: EDAF.
- Sosa, S. (1998). Enseñanza en la presentación de enfermos. En *Actualidad de la práctica psicoanalítica. Psicoanálisis con niños y púberes* (pp. 113-120). Buenos Aires: Ediciones Labrado.
- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. (2014). *Carrera Psicología Clínica - Misión, Visión y Objetivos*. Recuperado de

http://www2.ucsg.edu.ec/filosofia/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=53

Vappereau, J.-M. (2001). *Entrevista a Jean-Michel Vappereau* . Recuperado de Lituraterre: http://www.lituraterre.org/lletrismo-Jean-Michel_Vappereau.htm

Anexos

