

Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H. A. Barceló

Carrera De Psicología



Trabajo Integrador Final

¿Es posible, la construcción de lazos entre pacientes psicóticos, en un servicio de internación a corto plazo?

Alumna: Florencia Luna

Legajo: 31903111

Tutor: Lic. Pugnali Laura

Año: 2019

Resumen

El siguiente trabajo tiene como objetivo, analizar, investigar y determinar, la existencia, posible de la construcción de lazos en pacientes con psicosis en remisión parcial, en un servicio de internación de un hospital monovalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se establecerá un recorrido de los diferentes conceptos de la teoría psicoanalítica, tomando como eje la clínica de la psicosis, desde distintos autores clásicos y contemporáneos, para analizar, si existe la posibilidad en pacientes con esta patología, en este servicio de internación, de establecer lazos.

La metodología que se utilizara en esta investigación, será de tipo cualitativo flexible, y constara con un diseño descriptivo, donde se utilizaran diversos instrumentos metodológicos, tales como, la observación participante, revisión de historias clínicas, entrevista a expertos, a través de los cuales, nos permitirán arribar, en las conclusiones a la validación de la hipótesis y el objetivo planteado, en función de lo analizado teórica y prácticamente en todo el recorrido del presente trabajo.

Palabras claves: Lazo, psicosis, teoría psicoanalítica.

Abstract

The objective of the following work is to analyze, investigate and determine the existence, possible, of the construction of ties in patients with partial remission psychosis, in an inpatient service of a monovalent hospital in the Autonomous City of Buenos Aires.

It will establish a tour of the different concepts of psychoanalytic theory, taking as axis the clinic of psychosis, from different classical and contemporary authors, to analyze, if there is a possibility in patients with this pathology, in this hospitalization service, to establish ties.

The methodology that will be used in this research will be of a qualitative flexible nature, and will consist of a descriptive design, where various methodological instruments will be used, such as participant observation, review of medical records, interviews with experts, through which, they will allow us to arrive, in the conclusions to the fulfillment of the hypothesis and the proposed objective, in function of the analyzed theoretical and practically in all the route of the present work.

Keywords: bond, psychosis, psychoanalytic theory.

“Y al ser del hombre no sólo se lo puede comprender sin la locura, sino que ni aun sería el ser del hombre sino llevara en sí la locura como límite de su libertad” (Lacan, J. 1996, p. 166).

“Pues un alienado es también un hombre al que la sociedad no ha querido escuchar y ha querido impedirle emitir verdades insoportables” (Artaud, A. 1993, p. 27).

Agradecimientos

En primer lugar a todo el equipo del servicio de T.C.P. de un Hospital Monovalente de la C.A.B.A. Al Jefe del mismo, el Dr. Verduci Juan qué tan generosamente me ha permitido desarrollar las prácticas finales allí. A mi referente institucional, la Lic. Faggiano Sandra por su enseñanza, apoyo y contención continúa durante todo el proceso. Y especialmente a los pacientes, por compartir su espacio, su palabra, su historia, para contribuir a mi aprendizaje.

A mi asesora Lic. Pugnali Laura, por su dedicación, enseñanza, tiempo y contención a lo largo de este recorrido.

A las autoridades, directivos y docentes de la Fundación H. A. Barceló.

A Juan, el señor de la fotocopidora, por todo lo brindado durante estos años, por su apoyo continuo, a lo largo de la carrera.

A mi familia y amigos por estar siempre, acompañarme y apoyarme siempre y en todo momento. En especial a mi abuela “Mami Elba”, que desde algún lugar, acompañó cada uno de mis exámenes, porque ansiaba la llegada de este momento.

Y muy especialmente a mi psicóloga, Lic. Balanian, por ser parte fundamental del motor de mi deseo.

ÍNDICE

1. Introducción	8
2. Fundamentación	10
2.1 Justificación	10
2.1.1 Planteamiento del problema	12
2.1.2 Preguntas	13
2.2 Marco Teórico	14
2.2.1 Historia de la locura en la sociedad	14
2.2.1.1 Definición de Psicosis	17
2.2.2 La Estructura Psicótica	22
2.2.2.1 Lazo Social	25
2.2.2.2 Transferencia en la Psicosis	30
3. Objetivos	32
3.1 Objetivo General	32
3.2 Objetivos Específicos:	32
3.3 Hipótesis	32
4. Metodología	33
4.1 Diseño Metodológico	33
4.2 Periodo de relevamiento	33

4.3 Técnicas e instrumentos metodológicos	34
4.4 Población	35
5. Articulación teórico –práctica	37
5.1 Capítulo I: La constitución del lazo	37
5.2 Capítulo II: El lazo como sostén	45
6. Conclusiones	49
8. Referencias Bibliográficas	53
ANEXO	56

1. Introducción

El presente trabajo se realiza en el marco de las prácticas profesionales finales, que establece el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación H. A. Barceló, con el fin de alcanzar el título de grado de la Licenciatura en Psicología. Las mismas tuvieron lugar en un histórico hospital monovalente de la Ciudad de Buenos Aires, en un servicio de internación de terapia a corto plazo. A lo largo de seis meses cumpliendo trescientas cuarenta y cinco horas prácticas, se realizó un trabajo de campo teórico-práctico que constó, para la recolección de la información, con instrumentos como; entrevistas a los profesionales, observación de los diferentes talleres a los que acuden los pacientes internados y se accedió a las historias clínicas de aquellos pacientes que se incluyeron en la muestra.

En el siguiente trabajo de investigación se intentara analizar, determinar y observar si los pacientes internados en dicho servicio pueden construir lazos, con quiénes los establecen, de qué manera lo hacen, para qué les puede servir y qué efectos positivos o negativos tiene en el tratamiento.

El recorrido teórico que guiará este trabajo será el de la clínica psicoanalítica, en el tratamiento de la psicosis, donde se expondrá, una breve reseña histórica de la locura. Se establecerán definiciones de diferentes autores acerca del término psicosis, los principales mecanismos operantes en esta estructura, para poder evaluar si existe la generación de lazos, tomando como eje central uno de los conceptos fundamentales en la clínica de la psicosis, el lazo social y la posibilidad de establecer un lazo con el otro.

Para profundizar y explorar los objetivos planteados, la articulación teórico-práctica que se establecerá en el desarrollo, constará de dos capítulos que buscarán determinar la posibilidad de construcción de lazos en pacientes psicóticos internados, en un servicio de terapia a corto plazo.

En el capítulo I, se expondrá, el objetivo del servicio relacionado al tema de investigación, la función de los talleres que se brindan a los pacientes, y aquellos dispositivos que se consideran favorecedores de la generación de lazos dentro del hospital.

En el capítulo II: Se intentará determinar con quienes logran establecer lazos los pacientes durante la internación, los efectos que estos tienen en el tratamiento de los mismos y la capacidad de sostener estos lazos generados en los diferentes dispositivos del tratamiento, como una posibilidad de sostén para la externación.

2. Fundamentación

2.1 Justificación

A través de la elección del tema se pretenderá, establecer que posibilidades tienen los pacientes internados, en el servicio de T.C.P., con psicosis en remisión o restitución parcial, de establecer lazos entre ellos mismos y con el entorno, y si éstos generan beneficios para su tratamiento.

La idea surgió a partir de las observaciones realizadas durante las primeras semanas de concurrencia al hospital, mediante la participación en los diferentes talleres y terapias grupales que se desarrollan en el servicio, los cuales tienen como objetivo dinamizar aspectos individuales, subjetivos de cada paciente, para que se apropien de las herramientas necesarias que les permitan trabajarlos en otros espacios, tales como la terapia individual.

Se considera comúnmente en la clínica de la psicosis, que pacientes con esta patología, tienden al aislamiento, la soledad, porque está dificultada la relación con otro. Por otro lado se encuentran con la discriminación social que históricamente aumentó, la dificultad de la integración social. Es por ello que la temática del presente trabajo buscara establecer, si es posible la construcción de lazos, de qué manera y que efectos tiene para el tratamiento de esta patología.

“Al igual que todo discurso, un delirio ha de ser juzgado en primer lugar como un campo de significación que ha organizado cierto significante, de modo que la primera regla de un buen interrogatorio, y de una buena investigación de la psicosis, podría ser la de dejar hablar el mayor tiempo posible”. (Lacan, 1984, p. 174).

En cuanto a la psicosis es necesario aclarar que, sin ignorar que existen diferentes tipos, que varían en sus manifestaciones clínicas, este trabajo no se centra en un tipo en particular. Se explora el campo de la psicosis entendiendo que se pueden reconocer ciertas constantes que responden a la estructura misma.

Si bien es sabido que el psicótico psicótico (paranoico) sabe que hay un significado, tal vez no sepa lo que quiere decir el mensaje pero, supone un saber a alguien que sabe leerlo. Es una manera de entender lo que Lacan llamó en su tesis doctoral la interpretación delirante. Entonces, la posición psicótica se define por creer que el Otro sabe que él lee y tratar de leer lo que cree que el Otro sabe. Como se advierte, las consideraciones diagnósticas no se hacen por el signo, ni exclusivamente por el síntoma, sino por la relación del sujeto al Otro, o sea, con la condición de la transferencia.

En palabras de Elida Fernández se trataría de, “Marcar un lugar de terceridad posible, establecer un espacio donde “los otros” no son sólo enemigos; dar existencia a los otros como conjunto referente” (Fernández, E. 1999, p. 53).

2.1.1 Planteamiento del problema

Existen diversos autores en la clínica psicoanalítica, que a lo largo del recorrido en la estructura psicótica, exponen la imposibilidad en la psicosis de establecer lazo con un otro.

Se presenta el siguiente interrogante, ¿Es posible abordar clínicamente a sujetos que han sido diagnosticados como psicóticos, desde una perspectiva psicoanalítica con miras al establecimiento y la generación de lazos?

Esta fue la pregunta que convocó a este trabajo de investigación en un hospital monovalente, en un servicio de terapia a corto plazo, teniendo en cuenta qué, el interrogante que surgió desde el principio de las prácticas que avalan éste trabajo, es el de las distintas formas que los psicóticos encuentran de habitar lo social, de establecer lazos con otros, sin por eso cerrar la cuestión acerca de si esas formas podrían conceptualizarse como lazos sociales en el sentido discursivo que Lacan da al término.

La mayor preocupación al momento de intervenir en psicosis gira en torno a la cuestión de la inclusión social del paciente psicótico; se percibe que se empieza por una exclusión del psicótico por la sociedad, la familia e incluso las instituciones y el sistema, que buscan condenarlo al olvido a través de mecanismos como la no escucha, el encierro, la inmovilización por vía física o por vía farmacológica.

De acuerdo a la observación realizada en este servicio, durante la concurrencia al mismo, se pudo observar, en los diferentes talleres grupales a los que asisten diariamente los pacientes, aquellos que se encuentran compensados, cómo se vinculan, de qué manera lo hacen, hacia

quienes se genera el mayor lazo, qué implica esto en cada uno de ellos y como repercute en el tratamiento y el trabajo interdisciplinario que realizan los profesionales del servicio.

Durante el periodo de internación los pacientes comparten un mismo espacio de convivencia, donde las reglas y el cumplimiento de las mismas se deben establecer a partir de ellos, por lo que se vuelve fundamental la interacción y el acceso al otro para tolerar la cotidianeidad lo mejor posible.

2.1.2 Preguntas

1. ¿Existe la posibilidad de generar lazos entre pacientes psicóticos?
2. ¿Qué, tipo de lazos pueden establecer pacientes con psicosis?
3. ¿Cuáles son los efectos, que esto puede tener en el tratamiento del paciente?

2.2 Marco Teórico

Hay dos conceptos particulares que guiarán el presente trabajo, el primero es el de psicosis y el segundo el de lazo social.

Como nexo conector entre ambos conceptos se tomará la perspectiva psicoanalítica, la cual nos permitirá arribar a la posibilidad de la construcción de lazos, en pacientes psicóticos.

Teniendo en cuenta, que el psicoanálisis es una praxis que comprende esencialmente lo que Lacan denominó el dispositivo analítico, definido como el dispositivo clínico de escucha del psicoanalista sobre la palabra del psicoanalizado. Sin embargo, el psicoanálisis no se reduce al dispositivo analítico, puesto que se constituye como una poderosa teoría crítica que abarca diferentes fenómenos del lazo social. Un claro ejemplo de lo anteriormente expuesto, puede encontrarse en las diferentes obras, tanto de Freud como Lacan, y otros autores contemporáneos, que apuntaban a esclarecer el lazo social.

En este apartado se desarrollará, brevemente el lugar histórico de la locura en la sociedad y los conceptos de psicosis, su definición, y la acepción del término lazo social desde diferentes autores.

2.2.1 Historia de la locura en la sociedad

En Historia de la locura en la época clásica, Foucault, (1992), introduce el método arqueológico y se detiene a desenterrar los sucesos en los que, la locura ha sido el actor en una obra cuyo director es el sujeto que se considera no loco, pero que a su vez ha estado alienado

en ella por reconocerse en la locura como lo que él no es. Uno de los aportes fundamentales de la indagación histórica que Foucault realiza en su texto, historia de la locura, radica en su apuesta por la desnaturalización de la misma.

Foucault sostiene que, en cada época existen prácticas sociales y discursos que determinan en qué condiciones algo puede llegar a ser objeto de conocimiento, que explican cómo se ha llegado a considerar algo que es necesario conocer, a qué recorte ha sido sometido, qué parte de él ha sido considerada y cuál ha sido rechazada.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, el autor Emiliano Galende (1990), afirma que en cada periodo histórico existen determinados valores de salud y enfermedad mental no significa sostener una postura relativista, sino, mostrar que el daño mental solo es comprensible en relación con los códigos simbólicos que cada sociedad en cada momento histórico pone en juego.

Galende (1990) sostiene que, las estructuras generatrices de la enfermedad mental funcionan en todas las culturas y sociedades, y en los distintos momentos históricos, en el mismo campo semántico en que se constituye el discurso social. Es decir que no hay una representación de la enfermedad mental, tanto en quien la padece como en quien construye saberes y prácticas sobre ella, que no esté sustentada en un orden de lenguaje y significación.

Cada sociedad, durante un determinado tiempo histórico, produce una subjetividad y a la vez genera las condiciones suficientes y necesarias para establecer distintas formas de padecimiento mental.

Por ejemplo, fue recién a partir de la Época Clásica, desde principios del S.XVII, hasta fines del S.XVIII, que la locura emerge como objeto de conocimiento y reconocimiento para la

experiencia humana. Hasta entonces, habría existido un estado salvaje, de la locura en el que el discurso no diferenciaba sucesos y experiencias que luego serían separadas, fragmentadas.

Durante el Renacimiento, antes de que fuera confiscada por la reflexión crítica, encerrada y exiliada con otras formas de marginalidad y enfermedades, la locura fascinaba. Existía una conciencia crítica que experimentaba a la locura como aquello que denunciaba las insensateces de las costumbres que la gente consideraba racionales y correctas. Era saber, una experiencia trágica que permitía extraer la verdad y la necesidad del mundo.

Foucault emplea la imagen de la Nave de los locos, barcos que transportaban de una ciudad a otra, cargamentos de locos e insensatos, para caracterizar el modo de existencia de la locura durante el Renacimiento.

En resumen de lo anteriormente expuesto, la locura se va a considerar responsabilidad de la sociedad, generando como medida principal de saneamiento, la hospitalidad, apartando con esta toda forma de miseria, ya sean pobres, vagabundos, etc. El confinamiento sin preocuparse por la curación se enfocara hacia un imperativo de trabajo y condenación de la ociosidad, el trabajo es concebido entonces como remedio infalible de todas las formas de miseria. Como sus compañeros, los locos estarán sometidos a las reglas del trabajo obligatorio; sucediendo en ocasiones que hayan adquirido exactamente su fisonomía peculiar bajo esta obligación uniforme.

En el siguiente apartado se expondrán diferentes definiciones del término psicosis, por diversos autores, realizando un breve recorrido histórico del mismo, desde la psiquiatría y el psicoanálisis.

2.2.1.1 Definición de Psicosis

El término psicosis fue introducido por el psiquiatra austriaco Ernst von Feuchtersleben (1806-1849), con el fin de separar los trastornos neuropsiquiátricos (neurosis) de los trastornos psiquiátricos (psicosis); sin embargo, este término aún carece de definición exacta, pues los distintos autores e investigadores, provenientes de líneas de pensamiento muy diferentes enfatizan distintos aspectos. Por esta situación los límites son muy amplios y los criterios de diagnóstico muy cambiantes. (Ban, y Ucha Udabe, 1995)

Por su parte, Kaplan, Sadock y Grebb (1994) destacan tres parámetros que resultan, a juicio de los autores, importantes para delimitar las psicosis y que son: la incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, la evaluación de la realidad deteriorada y la creación de una nueva realidad.

Desde el punto de vista psicoanalítico se la define como un trastorno primario de la relación libidinal con la realidad, por retracción de las cargas de objeto o incremento de la libido narcisista, con tentativas posteriores de reconexión objetal.

Laplanche y Pontalis (2013), en su Diccionario de Psicoanálisis definen el término psicosis sosteniendo que, en la clínica psiquiátrica el concepto psicosis, se toma casi siempre en una extensión extremadamente amplia, comprendiendo toda una serie de enfermedades mentales, tanto si son manifiestamente organogénicas (como la parálisis general progresiva) como si su causa última es problemática (como la esquizofrenia). El psicoanálisis no se ocupó desde un principio de construir una clasificación que abarcara la totalidad de las enfermedades mentales de las que trata la psiquiatría; su interés se dirigió primero sobre las afecciones más

directamente accesibles a la investigación analítica y, dentro de este campo, más restringido que el de la psiquiatría, las principales distinciones se establecieron entre las perversiones, las neurosis y las psicosis. Dentro de este último grupo, el psicoanálisis ha intentado definir diversas estructuras: paranoia (en la que incluye, de un modo bastante general, las enfermedades delirantes) y esquizofrenia, por una parte; por otra, melancolía y manía.

Fundamentalmente, es una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad lo que, según la teoría psicoanalítica, constituye el denominador común de las psicosis, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos (especialmente la construcción delirante) tentativas secundarias de restauración del lazo objetal.

Freud (1923-1925) en su libro, *El Yo y el Ello* mencionó que la psicosis proviene de una perturbación en la relación que existe entre el yo y el mundo exterior, es decir el yo, es el encargado de reconocer las acciones que ejecutamos y razonar los impulsos y con tal de no ceder lugar a la liberación libidinosa sufre una ruptura con el mundo exterior, cediendo a todos estos deseos.

Desde sus primeros trabajos se encuentra una distinción bien clara entre neurosis y psicosis y llega a proponer como psicosis la confusión alucinatoria, la paranoia y la psicosis histérica (que diferencia de la neurosis histérica) y habla de psicosis de defensa. Indica que en la psicosis son rechazados tanto la representación como el afecto. Vemos tres momentos en su obra en que el concepto se va moldeando. En 1904 habla de neuropsicosis de defensa, donde incluye algunas psicosis como la paranoia, ideas que perfila en el *Manuscrito H.*, en un segundo momento, en 1914, habla de “neurosis narcisistas” donde incluye esquizofrenia, paranoia y melancolía. Finalmente en 1924 la psicosis contempla la esquizofrenia y la

paranoia. Freud definirá la psicosis como una perturbación entre los vínculos del yo y el mundo externo. La relación con la realidad que mantienen neurosis y psicosis es distinta, la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber de ella, mientras que en la psicosis la realidad es desmentida y sustituida o modificada.

En su obra sobre el Caso del Presidente Schreber (1911) Freud aborda el caso de la paranoia desde el psicoanálisis, pero trabaja sobre la autobiografía del propio Schreber aparecida años antes, sin embargo apuntará conceptos que desarrollará años más tarde en Introducción del narcisismo (1914) y Pulsiones y destinos de pulsión (1915). El paciente psicótico no es capaz de establecer una relación de transferencia, aspecto clave en la teoría psicoanalítica. Según Freud la psicosis era prácticamente incurable y se centró en la cura de las neurosis. Sin embargo, privilegió el concepto de paranoia (para él componente principal de la psicosis) sobre la noción de esquizofrenia.

Lacan (1958) en sus Escritos II, de una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis, menciona que; “es en un accidente del registro simbólico y de lo que en él se cumple, a saber la forclusión del significante del Nombre-del-Padre en el lugar del Otro, y en el fracaso de la metáfora paterna, donde designamos el efecto que da a la psicosis su condición esencial, con la estructura que la separa de la neurosis”. (p. 42). Tomando esta cita de Lacan podemos decir que no accede a la terceridad, es decir este sujeto quedo atrapado en la alienación, que vendría a ser la relación especular que se establece entre madre-hijo, cuando esto sucede el padre “portador de la ley” no ejerce su función, por lo tanto este significante queda forcluido, haciendo una entrada a la psicosis, aferrado a la estructura del lenguaje.

Lacan (1984), en su texto el estadio del espejo en Escritos 1, realiza un verdadero punto de inflexión en la conceptualización psicoanalítica del momento, Psicología del Yo, pues promueve el descentramiento del yo y la salida del lugar de privilegio de una supuesta autonomía del sujeto.

Lector riguroso de Freud, intenta con este texto, devolver al psicoanálisis el radical descentramiento freudiano de la división consciente-inconsciente y perfila el anudamiento real, simbólico e imaginario, que realizará años después. El yo para Freud (1914) se forma por identificación y su constitución implica "un nuevo acto psíquico". Lacan retoma especialmente este aporte freudiano y hace de dicha frase la metáfora de un común denominador en la estructuración subjetiva, tomando lo que denominó en ese momento, el estadio del espejo.

Nos muestra la constitución del yo a través de la imagen, propia y ajena, en una relación especular y a diferencia de Freud, donde el yo surgía de dentro hacia fuera, Lacan invierte el sentido causal para ubicarlo de fuera hacia adentro.

El reconocimiento que realiza el niño en el espejo, señala la radical exterioridad de la imagen en la configuración de un yo que de entrada es interoceptivo y donde el Otro funciona como espejo. La prematuridad empuja de entrada al ser humano a la disyuntiva entre la socialización o la muerte (Narciso). Hay una fuerte diacronía en juego, pues la anticipación está presente en la fascinación por la imagen del otro, donde lo que "no puedo realizar ahora", "lo veo realizar en el otro". El bebé sonrío a la sonrisa de la madre (mimesis), contemplada y reparada en la mirada, donde anida un elemento esencial de este punto de inflexión teórica: la evidencia del investimento libidinal, del que lo mira mirarse, que conduce al júbilo del niño ante el espejo, la libido es la condición misma de la identificación simbólica, señala Lacan.

El niño a través de la mirada está todo entero, allí afuera, donde la imagen, formando parte de

la causalidad psíquica, forma e informa, pues comienza el proceso identificatorio en la alienación originante.

En esta alienación del sujeto en el otro, el infans se identifica y se experimenta y comienza entonces la circulación del deseo, hacerse reconocer, hacerse desear, y desear el deseo del Otro. Imagen, palabra, alimento y cuidados, no expresan sino, el derrotero de la pulsión, en sus distintas modalidades, oral, anal, mirada y voz, a lo que agregamos el contacto, que va dando cuenta de la inscripción representacional inconsciente de ese sujeto sostenido en el deseo del Otro. La imagen unida a la experiencia con el objeto anuda la materialidad de lo sensorial al efecto de escritura inconsciente. Se trata de la historización subjetiva en proceso de estructuración psíquica.

En este contexto altamente libidinal, es donde acontece un gesto fuertemente significado: el niño vuelve su rostro hacia la mirada de la madre que lo mira mirarse en el espejo. Allí radica la posibilidad de la matriz simbólica del yo: " lo que se manipula en el triunfo del hecho de asumir la imagen del cuerpo en el espejo, es ese objeto evanescente entre todos por no aparecer sino al margen: el intercambio de las miradas, manifiesto en el hecho de que el niño se vuelva hacia aquel que lo asiste, aunque solo fuese por asistir a su juego" (Lacan, J. 1984, p. 88). Gesto significado y significante, que da cuenta de esa experiencia con el otro y el Otro. Metáfora viva de un intercambio simbólico que se escribe con el cuerpo y se inscribe al mismo tiempo como significante.

Lacan enfatiza la importancia de la captura especular, imaginaria, donde se produce la unificación de un yo primordial, un yo ideal, que tiene en contracara el reconocimiento de ser precedido por la imagen del otro. El yo es sólo articulado en tanto la discriminación "no yo" cobra consistencia en lo que Lacan denomina una, dialéctica temporal...drama interno que se precipita de la insuficiencia a la anticipación, y donde solo a posteriori de la ilusión de

identificación emerge la fantasía de cuerpo fragmentado. Punto nodal de articulación que emerge a través del jubiloso ajeteo del niño ante el espejo, siempre y cuando haya mediado la mirada de ese Otro que lo desea vivo. Se plasma así la matriz simbólica, el ideal del yo, que en un juego eterno de alternancia con el yo ideal impregnan el avatar identificador donde la imagen siempre es relevante.

El espejo es una metáfora, una suerte de virtualidad permanente que se revela en la transferencia analítica, donde no es imprescindible la lámina de cristal azogado, sino donde cuenta la imagen del otro visto como semejante con la mirada de reconocimiento que emerge sin saberlo desde su deseo inconsciente (Otro). El espejo imaginariza bien esta peripecia estructural, de la insuficiencia a la anticipación y señala la impronta del a posteriori para toda operación psíquica, con lo cual se produce el consecuente estallido del tiempo cronológico.

Lacan otorga un lugar importante a ese imaginario engrosado donde acontece la especularidad sostenida por el investimento libidinal del Otro que lo asiste en su mirar. Allí está en juego el deseo de la madre, es decir, la castración materna, su estructura inconsciente, presente en su modo de amar al hijo.

2.2.2 La Estructura Psicótica

La autora argentina Elida Fernández (2005), señala la importancia de diferenciar las locuras producidas en cualquier neurótico, de la estructura psicótica. Vale decir que, así formulado, considera las locuras como enloquecimientos en un sujeto de estructura neurótica que puede confundirse en apariencia con una psicosis. Comenta entonces, que cualquiera que haya transitado los hospicios se encuentra con internados no psicóticos sino locos, que han sufrido ya los efectos de la manicomialización y las marcas indelebles del asilo. Sin embargo,

reconoce que en mucho se parecen, se intersectan; se nos hace necesario diferenciarlas. En sus primeras presentaciones psicóticas y locos se confunden, se fusionan, no podemos discriminarlos. Respecto de esas semejanzas, enumera una serie de fenómenos comunes: delirios, alucinaciones, angustia desbordante y discurso errático y desanudado. En cuanto a sus diferencias, señala que, el psicótico es hablado y esas voces que le hablan le conciernen, el psicótico es objeto de ese Otro. El hablar del psicótico se disgrega en la cascada significativa, no hay metáfora, el sentido se coagula en el neologismo.

Esta autora refiere que en las psicosis hay un corte que deja al sujeto perplejo y que el trabajo de la psicosis, cuando es posible, rellena con un delirio, para ordenar el planteo de esta autora, podríamos resumir que la locura neurótica se trata de una suspensión de la neurosis, para dar paso a un desencadenamiento que parece psicótico, aunque siga después otro camino diverso que el de un brote psicótico, y la locura psicótica sería el desencadenamiento psicótico propiamente dicho. (Fernández, E. 2005).

Según Nasio, J.D. (1992), la forclusión es, en efecto, el nombre que el psicoanálisis da a la ausencia de inscripción en el inconsciente de la prueba normativa de la castración. La forclusión consiste en la suspensión de toda respuesta a la sollicitación dirigida a un sujeto de que emita un mensaje, lleve a cabo un acto o instituya un límite. La forclusión es también la no comparecencia del significante del Nombre-del-padre en el lugar y el momento en que fue llamado a presentarse. El Nombre-del-padre designa la función paterna tal como fue interiorizada y asumida por el niño. El Nombre-del-padre no es simplemente el lugar simbólico que pueda ocupar o no la persona del padre, sino toda expresión simbólica producida por la madre o producida por el niño que represente la tercera instancia, paternal, de la ley de la prohibición del incesto.

J. Lacan (1955-1956) comprende a la psicosis como la condición del sujeto determinada por la forclusión del Nombre-del-Padre, manifestada por la falla de la metáfora paterna y por ende de la función simbólica que éste soporta. La forclusión del nombre del padre neutraliza el advenimiento de la represión originaria, hace fracasar, al mismo tiempo, la metáfora paterna y compromete gravemente el acceso del niño a lo simbólico, e incluso se lo impide.

Lacan señala (1958) que, el padre está en una posición metafórica si y sólo si la madre lo convierte en aquel que con su presencia sanciona la existencia del lugar de la ley.

El autor Daniel millas, nos propone una mirada diferente de la angustia en la psicosis a través de su experiencia y recorrido en la clínica de la misma, y expone. “la experiencia clínica nos ha llevado, en numerosas oportunidades, a verificar la emergencia de angustia en los pacientes psicóticos. Desde esta experiencia vamos a proponer que el sujeto psicótico se encuentra más expuesto y con menos recursos para defenderse de la misma”¹.

Lacan va a considerarla como el afecto del sujeto ante el deseo del Otro, del hecho de no saber qué se es para el deseo del Otro. La angustia queda así relacionada con el agujero estructural de lo simbólico. Cuando el sujeto ya no tiene puntos de referencia en lo simbólico, se manifiesta la angustia como este afecto de excepción vinculado con la certeza. Si comenzamos por considerar el desencadenamiento de la psicosis como el encuentro irreversible y traumático con el agujero abierto en lo simbólico por la forclusión del Nombre del Padre, podemos afirmar que el vacío forclusivo se corresponde con un momento de angustia fundamental. Lacan estableció de un modo muy preciso las coordenadas en las cuales el sujeto viene a confrontarse, en el momento del desencadenamiento, con el agujero de la forclusión.

¹ Dicha reflexión se extrajo de una entrevista a Daniel Millas en la revista: Virtualia, Revista digital de la EOL, Nº21, Año 2010, cuyo artículo era: “Angustia e Inhibición en la Psicosis”.

En su escrito, de una cuestión preliminar (...),² nos describe en términos de ruptura de la cadena significativa la experiencia enigmática de la psicosis. En un primer momento surge el enigma; es el encuentro con un vacío de significación. No se sabe qué significa eso, momento de perplejidad y de indeterminación angustiante.

En un segundo momento surge la certeza, que va a ser proporcional a ese vacío inicial. No se sabe qué significa eso, pero existe la certeza de que algo significa. En este movimiento, que nos muestra la transformación del vacío en certeza, se establece las condiciones de la angustia propias de la estructura psicótica.

Lo que es forcluido en lo simbólico retorna en lo real, nos propone Lacan. Esto implica que al agujero en lo simbólico y al abismo abierto en lo imaginario debemos correlacionarles una presencia real. La forclusión no es solamente no hay Nombre del Padre, sino que implica un rechazo en lo real.

2.2.2.1 Lazo Social

En (1969) en el seminario 17, Lacan introduce y desarrolla la noción de lazo social. El lazo social no es equivalente a la idea de sociedad. Implica admitir en un principio que hay diferentes tipos de lazos sociales, y que pensar a la sociedad como un “todo”, no es más que una ilusión. También implica afirmar que el sujeto no está solo, que el Otro lo antecede, que es en su campo donde nace y se constituye como tal. Aquí se inscribe la noción freudiana de

² Lacan, J. (1987), describe esto, en: Escritos II, “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis”.

síntoma. Hablamos del síntoma no solo como el modo de goce singular del sujeto, sino como el medio por el cual se anuda ese goce en un lazo social. (Millas, D. 2015).

Lacan, expone en, El reverso del Psicoanálisis, donde muestra la relectura que hace de algunos pensadores como: Saussure, Jakobson, Lévi-Strauss, Sigmund Freud, entre muchos otros, la cual, le permite formalizar el concepto de discurso y producir la teoría de los cuatro discursos. En este contexto, Lacan define el discurso como: “una estructura necesaria que excede con mucho a la palabra, siempre más o menos ocasional. Prefiero, dije, incluso lo escribí un día, un discurso sin palabras” (Lacan, J. 1969, p. 10). El discurso se toma como una estructura que instaure relaciones duraderas en el tiempo, lazos fuertes que van mucho más allá de lo momentáneo, del lenguaje verbal, de la palabra dicha, de la injuria proferida, de las enunciaciones formales del lenguaje. Con lenguaje Lacan se refiere a lo que Saussure llama la lengua y con discurso concreto al habla. La diferencia entre discurso y habla es sutil pero de enorme importancia. Para Saussure habla es el dominio de lo individual, hay un “usuario” que utiliza la lengua. Para Lacan en cambio, el discurso siempre implica una dimensión social. No sólo porque siempre se habla a otro, y de ese otro depende el sentido de lo que el sujeto diga, sino además porque todo el empleo social del lenguaje, por ejemplo de una época, precipita formas y sentidos lingüísticos que restringen la libertad del sujeto parlante.

En este momento de su enseñanza, Lacan se propone fundamentar una teoría del lazo social, que hasta ese momento aparece como faltante en el edificio teórico del psicoanálisis. En este orden de ideas, existen tres importantes elementos de referencia, a partir de los cuales Lacan produce su teoría de los discursos.

La idea de discurso es frecuentemente evocada por Lacan especialmente en sus últimos seminarios. Discurso, desde esta perspectiva, quiere decir estructura, aparato, relación. Un discurso, entonces, caracteriza lo que hace lazo. Llevado al límite, se podría inferir que entre discurso y lazo hay un signo de igualdad. De ello se desprenderían, aunque no sin las mediaciones necesarias, dos conclusiones: 1) que el discurso es algo más que las palabras, es decir que las excede; 2) que si el discurso es lo que hace lazo, entonces de lo que se trata en el discurso es de una relación con otro. La pregunta que sigue a esto sería ¿una relación entre qué y qué? En términos topológicos, puede decirse que se trata de una relación entre términos comandados por lugares. Tenemos entonces, en la terminología de Lacan, un aparato, objetos y lugares. Dicho en otras palabras: lo que nos muestra un discurso es que la posición del sujeto es relativa al lugar ocupado por diferentes objetos. Y en efecto, podría decirse que cada discurso, de los cuatro que Lacan (1969) plantea en su seminario El reverso del psicoanálisis; discurso del amo, discurso de la histérica, discurso universitario y discurso del analista, depende de la posición que los distintos elementos simbólicos (con ello nos referimos a lo que Lacan sitúa como: sujeto barrado, objeto a, significante amo, significante saber) ocupen en el aparato. Ahora bien, la particularidad que tiene esta perspectiva, que Lacan se encargará de enfatizar suficientemente, es que esos lugares a los cuales referimos, son también, a su vez, creación discursiva: vale decir, que no hay pre-existencia ni pre-determinación de esos lugares. En ese mismo seminario donde plantea los cuatro discursos, Lacan insiste en la idea de “un discurso sin palabras” para explicar, precisamente, que el discurso puede subsistir perfectamente sin palabras porque en realidad subsiste en otro lado: subsiste en ciertas relaciones fundamentales. Esta “relación fundamental” (relación de un significante con otro significante) no puede, desde luego, mantenerse sin el lenguaje: es mediante el lenguaje que

se instaure cierto número de relaciones estables, en las que puede inscribirse algo que va mucho más lejos que las enunciaciones efectivas.

Lacan definirá el discurso, entonces, como una estructura necesaria que excede a la palabra y que subsiste en ciertas relaciones fundamentales. Es en este sentido que decimos que el discurso “es” lazo: es el lazo social fundado en el lenguaje y es por eso que el fundamento del vínculo puede situarse en la palabra dirigida al otro. El énfasis en esto, creo, habría que sostenerlo no tanto en la idea de “palabra” sino en la de “dirigida a”.

Miller, (2006), en *Introducción a la clínica lacaniana*, refiere, que Lacan habla de lazo social porque pone en cuestión el Uno de la sociedad y añade que es una ilusión, aunque se pueda creer en un porvenir de ilusión. A diferencia del proyecto de la cultura Lacan presenta al psicoanálisis como un nuevo lazo social por la vía del síntoma. Si bien el síntoma ubica el fracaso del lazo social, también hace posible el vínculo social. El sujeto nace en el campo del Otro y permanece siempre ahí. El psicoanálisis demuestra que lo único que hace lazo es que el síntoma se dirige al Otro. Así, el psicoanálisis se presenta como el revés para mantener lo singular como la única posibilidad del lazo social. El discurso del psicoanálisis apunta a lo que no funciona del discurso del amo, a lo que hace síntoma.

No existe un lazo social que constituiría un ideal a conseguir. Solo existen formas singulares de lazo. Miller enseña en *Los inclasificables* que, el lazo social es él mismo el aparato del síntoma que construye el sujeto. De este modo, el síntoma se convierte en el partenaire del sujeto y tiene como efecto destacar lo más singular en él. (Miller, J. A., 2006).

El síntoma permanece, es irreductible. Por un lado, no puede ser reducido a un sentido común. Por otro, el saber asociado al síntoma permite que el síntoma se levante, pero no todo. Freud indica que al final persisten esos restos sintomáticos, lo incurable. Lo real del síntoma,

que es lo propio de la experiencia analítica, implica que no podemos darle un sentido último.

Dos consecuencias se extraen de este final. La primera es la elevación del concepto de *sinthome* que incluye esos restos sintomáticos, pero no contiene la vertiente significativa.

Cuando Lacan introduce en su seminario 20 la fórmula no hay relación sexual, se produce un cambio de lógica. De la palabra -en la relación significativa entre el sujeto y el Otro- que tiene como efecto el sentido, hay un paso a la letra marcada por el goce del cuerpo. El *partenaire-síntoma* es un medio de goce del saber inconsciente y, de otro lado, es un modo de goce del cuerpo del Otro. No existe el goce que convenga a la relación sexual, es lo que se deduce de la no relación sexual –de una relación que pueda ponerse en escritura. Entre los sexos solo hay encuentros contingentes. La contingencia remite a algo que se encuentra y no cesa de escribirse. Miller postula que "todo lo que concierne en el análisis al goce, a los modos de goce, a la emergencia del modo de goce particular de un sujeto es siempre del orden de la contingencia" (Miller J. 2008, p.357). El encuentro determina la modalidad de goce que para cada uno es singular.

Dos consecuencias se extraen de este final. La primera es la elevación del concepto de *sinthome* que incluye esos restos sintomáticos, pero no contiene la vertiente significativa.

En el seminario, El *Sinthome*, Lacan indica que no se conoce el sentido que toman las contingencias. Cada uno tiene su propia construcción "delirante" como respuesta al agujero en el saber sobre lo sexual. Lo contingente del encuentro con el goce deviene necesario como síntoma y se repite para hacer semblante de "hay relación". Por último, la segunda consecuencia es que solo queda saber arreglárselas con el síntoma, es lo que cada pase testimonia. (Millas, D. 2010). El *partenaire-síntoma* implica que del síntoma uno no puede

desprenderse, "el síntoma designa exactamente aquello con lo que hay que vivir" (Lacan, J.1975-1976, p.160).

Pierre Naveau (2004), define el lazo social a partir del concepto de estructura, discurso y nudo. Con un estilo claro y no sin precisión conceptual, situará las distintas manifestaciones clínicas de la ruptura del lazo social en la psicosis. La dificultad de asumir la responsabilidad de la enunciación, la interrupción de frases, la sensación de tener la mirada como enemigo, son algunos ejemplos. Frente a esto, demuestra clínicamente cómo las diferentes posiciones subjetivas varían en un camino que va de la tragedia a la comedia. Si para algunos se trata de la soledad y el silencio, para otros es más bien la ironía o el esfuerzo de rigor. Este autor expone una definición de lazo social en la primera clínica de Lacan, y menciona, si hablar es hablar a otro, si esto es el fundamento de la dialéctica de la palabra, entonces el lazo entre los significantes es el lazo social.

2.2.2.2 Transferencia en la Psicosis

La clínica psicoanalítica es una clínica estructural, no es descriptiva ni fenomenológica, por lo tanto el diagnóstico se establece en transferencia, es en ella donde el paciente organiza su discurso, a partir del lugar en el que ubica al psicoanalista, por lo tanto si hay un diagnóstico hecho en transferencia entonces hay una clínica posible de la psicosis, Pommier, por ejemplo, explica que desde el momento en que el sujeto habla hay transferencia, porque la palabra vuelve desde el otro al que se le dirige, se instaura transferencia en la psicosis en tanto ser hablante, el autor sostiene, "subjetivar ese tiempo de la transferencia en la transferencia misma es, en acto, el tiempo subjetivo que permite vivir al sujeto" (Pommier, G. 1997, p. 16).

Porque según el planteamiento de este autor, la base de la transferencia esta en crear un tiempo subjetivo, ya que esta temporalidad subjetiva puede definirse como el tiempo necesario para que un significante alcance su significado, tiempo subjetivo el cual se obtiene gracias a la significación de toda una frase.

En esta misma línea, como sostiene Fernández E. (2005), el sujeto en las psicosis puede estar suprimido, desaparecido o muerto, pero hay sujeto como efecto del lenguaje. En este sentido la autora afirma, que hay que operar en la lógica del delirio, tiene que ver con confrontar al delirante con sus propios dichos para situar allí la imposibilidad, la contradicción, la ruptura, el agujero dentro del propio sistema de significación, apuntando a los puntos de inconsistencia con el fin de agujerear el delirio, acotar el goce y permitir la posibilidad de circular con dicho delirio por otros caminos, encontrarles una función distinta, tenerlos a raya.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Explorar y describir, la posibilidad de la construcción de lazos, entre pacientes psicóticos en remisión o restitución parcial, en un servicio de internación de terapia a corto plazo dentro de un hospital monovalente.

3.2 Objetivos Específicos:

- ❖ Determinar la existencia de la generación de lazos entre pacientes psicóticos internados.
- ❖ Evaluar, desde la intervención psicoanalítica, en que contribuye la construcción de lazos en pacientes psicóticos internados, para su tratamiento.
- ❖ Identificar, qué tipo de lazos se generan.

3.3 Hipótesis

¿Existe la posibilidad de establecer lazos, entre pacientes psicóticos internados en un servicio de terapia a corto plazo en un hospital monovalente, y con quienes mayormente se da la posibilidad de generarlos?

4. Metodología

4.1 Diseño Metodológico

Esta investigación, será de tipo cualitativo flexible, y constara con un diseño descriptivo, donde se utilizaran diversos instrumentos metodológicos, que se describirán a continuación.

4.2 Periodo de relevamiento

Para concluir en el presente trabajo, se realizo una práctica intensiva final, que tuvo lugar en un hospital monovalente de la ciudad Buenos Aires, en un servicio de terapia a corto plazo, esta se llevo a cabo durante los meses de agosto, septiembre, noviembre y diciembre, concurriendo al hospital los días lunes, miércoles, jueves y viernes en el horario de 8:00 a 13:00. Cumplimentando hacia el final de la práctica trescientas cuarenta y cinco horas.

El recorrido de la misma estuvo bajo la supervisión de la referente institucional, que asigno el jefe del servicio, la Lic. Sandra Faggiano, quien dio conocimiento de los diferentes dispositivos del lugar para poder elegir aquellos que se acercaran y sirvieran como base en el desarrollo del tema elegido. La Licenciada, facilitó mi participación en los mismos para poder relevar la información, expuesta en este trabajo de investigación.

4.3 Técnicas e instrumentos metodológicos

Para la recolección de la información que sería propicia para este trabajo, se utilizaron las siguientes técnicas:

➤ Observación participante

Para abordar el trabajo de campo realice observación participante, técnica que combina simultáneamente el análisis de documentos, la entrevista, la observación directa, la participación y la introspección.

Esta técnica permite describir la escena social y las vivencias de los sujetos implicados en la misma desde un lugar al que no es posible acceder por otros caminos. Hacer observación participante es estar adentro y afuera al mismo tiempo. Como sostiene Clifford Geertz, afirma, “se trata de vivir una vida múltiple, de navegar por varios mares a la vez. Ser uno y otro”. (Clifford, g. 1989, p.87).

A lo largo de la concurrencia al hospital, pude participar de los diferentes talleres grupales, en donde se podía identificar y observar aquello que era relevante al tema elegido, asistí al taller de arte, al taller de movimiento, a la terapia de grupo y a la recorrida de sala de los pacientes internados.

➤ Entrevistas a expertos, Profesionales de la Institución.

Bajo la supervisión de la tutora del trabajo integrador final, se confeccionaron dos entrevistas, que fueron tomadas a profesionales de la institución, para poder tener la distinción de diferentes discursos y una ampliación del panorama de los talleres , se realizo una a la psicóloga del servicio y otra a una de las psiquiatra del mismo.

➤ Revisión de Historias Clínicas

Se accedió a las diferentes historias clínicas de aquellos pacientes que se eligieron para formar parte en el trabajo de campo de esta investigación, pudiendo, a partir de este proceso discernir aquellos pacientes que no podrían incluirse en la muestra, por su estado de deterioro.

4.4 Población

La población seleccionada para este trabajo, fue designada en un hospital monovalente de la ciudad de Buenos Aires, en un servicio de internación a corto plazo, fueron diez de los quince pacientes que había internados en ese momento, los cuales eran masculinos entre 25 y 55 años, con diagnostico de síndrome psicótico delirante en remisión o restitución parcial.

ARTICULACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA

5. Articulación teórico –práctica

5.1 Capítulo I: La constitución del lazo

Al ingresar, un paciente al servicio lo primero que se realiza es una admisión interdisciplinaria (psiquiatra y psicólogo), donde se evalúa el estado actual del paciente, conciencia de situación y/o enfermedad y se realiza entrevista con el familiar o referente social. Al final de esta entrevista, se transmiten las normas del servicio, se explica el tratamiento que se brindará y se firma el consentimiento informado, en la mayoría de los casos.

Pasada una semana aproximadamente, para permitir que el paciente circule y se establezca en el servicio y se estabilice mejor su cuadro de base, se realiza la admisión psicológica para poder evaluar qué registro tiene el sujeto sobre los motivos de su internación y decidir cómo iniciará su tratamiento, según la sintomatología que presente al momento de la entrevista, se pueden ofrecer la terapia de grupo, los talleres terapéuticos, terapia individual o acompañamiento terapéutico, según cual se considere el mejor tratamiento posible. Estos espacios pueden ser abordados en diferentes etapas del tratamiento o al inicio, según el caso por caso.

Es importante destacar que, el objetivo del servicio, tal como lo expresa su nombre, terapia a corto plazo, pretende que la internación del paciente sea lo más breve posible, estipulando

como máxima duración de la misma, noventa días. Estos tiempos varían según los recursos del paciente, ya sean individuales o socio familiares.

De los diferentes dispositivos terapéuticos que el servicio brinda a los pacientes internados, participan aquellos, que se encuentran en remisión o restitución parcial, entendiéndose por ello la definición del DSM IV, pacientes compensados, en los cuales, aun persisten algunos síntomas, estos pueden ser negativos tales como la desafectivización, pérdida de los valores preventivos, afectación de la voluntad, anhedonia, retraimiento social. O síntomas positivos; alucinaciones, delirios, pero, que no condicionan, la conducta del sujeto.

Es necesario para comenzar con esta articulación, tener en cuenta la concepción de sujeto en la psicosis, que se tomara a lo largo de este recorrido teórico, dado que nos referimos a los psicóticos, no como pacientes o como enfermos u otra denominación categórica, sino como sujetos. En Lacan (1955-1956) se puede encontrar, a lo largo de su seminario las psicosis, el tratamiento que él da al psicótico; decimos tratamiento en tanto que lo trata como sujeto, no como un ente o un psicótico que no es sujeto; sus referencias al psicótico las hace en términos de sujeto, sujeto en tanto que tiene un decir, en tanto hay palabra, en tanto que ante la forclusión de un significante primordial tiene el mecanismo psíquico necesario para crear una forma de defensa tan compleja como el delirio, tan compleja como la alucinación, con las cuales se defiende de lo forcluido, creando un mundo y un lenguaje propio que alberga un sentido; de ahí que, en tanto que tiene sentido, se escucha.

En el dispositivo de terapia grupal, el cual tiene lugar una vez por semana, y su duración oscila entre una y una hora y media de acuerdo a lo que se esté tratando en el momento. En uno de los encuentros, surge el cuestionamiento acerca del tratamiento que llevan en la institución, tanto farmacológico como psicoterapéutico, aparece como temática, el valor y la

importancia de la palabra, lo que implicaba eso en el grupo y cada uno de los que participaba; en la convivencia y en los diferentes lugares que habitaban; para que les sirva usarla, que se puede lograr con ella.

Uno de los pacientes que durante varios encuentros no se expresaba verbalmente, sino que lo hacía mediante la escritura. Tenía siempre con él una libretita y una lapicera, donde escribía una síntesis de los diferentes temas que se habían hablado en el grupo y al finalizar la terapia grupal lo leía, en forma de rima o poema que lograba construir con las temáticas que se habían tratado. Ese día en particular convocado por lo que se venía hablando participa, acotando lo siguiente:

(pcte. 1) *“las palabras como las semillitas..., la palabra tiene poder, y las pastillas como el combustible, ayudan y calman.”*. A lo que la terapeuta que coordina la actividad realiza la siguiente intervención: (psico. 1) *“la palabra alivia, este es el espacio para hablar, para tramitar lo que les pasa”*; ante esto, otro paciente decide continuar con la temática diciendo, (pcte. 2) *“la palabra ayuda, acá nos escuchamos mutuamente, nos comunicamos”*, interviene la co-terapeuta exponiendo; (psico. 2) *“a través de la palabra podemos hacer cosas, la palabra permite compartir con otros, construir un lazo”*, ante esto se los veía muy convocados por el tema, y uno de los pacientes dice, *“claro, yo por ejemplo el fin de semana que salí de permiso fui a la casa de M. que también estaba de permiso, porque nos hicimos muy amigos acá adentro, y la pasamos muy bien, tomamos mate charlamos...”* (psico. 1) *“Aparte de hacer un tratamiento acá, también se arman lazos”*, (psico. 2) *“los lazos que arman entre ustedes, ¿qué pasa con eso cuando se van de alta?”*, (pcte.4) *“pienso en la soledad”*, (pcte. 5), *“es difícil mantener los lazos afuera, (psico. 1) “construir un lazo lleva un tiempo” (psico. 2) “Es importante, mantener los lazos afuera y adentro”*

En el grupo se observaba la disposición de las psicólogas que lo coordinaban, que apuntaban, a la escucha de ese sujeto, desde un lugar diferente, permitiendo la emergencia de su palabra con la cual se veía un devenir discursivo, en el que los sujetos psicóticos empezaron a asistir con más predisposición al mismo, pasaron de ser cinco pacientes en un primer momento, a ser doce, se podría inferir, que su asistencia al grupo implicaba un lugar, para hablar y ser escuchados por otro, que les permitía ubicarse en el lugar de sujetos que podían ser escuchados.

A pesar de que Freud se dedicó a trabajar con neuróticos aportó elementos sustanciales para el estudio de la psicosis, sobre todo teniendo en cuenta que le atribuyó un valor a la palabra del psicótico. Entendiendo que detrás del síntoma hay algo que merece ser escuchado.

Ahora bien, el sujeto de la psicosis, tiene su forma de defensa ante el rechazo de la castración es la forclusión de un significante primordial; psicótico rechaza, forcluye, al padre para quedarse en el deseo de la madre; no obstante la forma de defensa, para esta estructura implica que hay un sujeto, un sujeto preso del lenguaje, de la palabra, un sujeto que crea sus formas de defensa, un sujeto con lazo social y con la posibilidad del establecimiento del mismo.

Es imprescindible describir la función que tienen los talleres en el servicio, como posibilidad, que permite que estos sujetos comiencen a entramar lazos de acuerdo a las particularidades de cada uno, desde lo observado se podría inferir que en los talleres se encuentra como primordial función el hacer, “lazo social”, desde su base fundante de poner a trabajar a la psicosis, ubicando al paciente como activo en su tratamiento emprendido.

Tal orientación halla sus fundamentos en la consideración, que Lacan (1969) realiza, acerca de, que la estructura de la Psicosis se ubica dentro del lenguaje, aunque por fuera del discurso;

por fuera del discurso ya que, en dicha modalidad estructural, existe un S1 que determina, sin hallarse reprimido, por lo que no hay retorno S2. De este modo, no se arma construcción de cadena significativa que permita construir un lazo, con el Otro, permitiendo la circulación de Goce. El psicótico se encuentra sometido al retorno en lo Real de un Otro gozador. Siguiendo esta línea, se podrían considerar los talleres y más precisamente el servicio en general, como una posible intervención en lo Real, ya que introducen una hiancia que delimita la función del Goce del Otro y quita al sujeto del lugar de objeto puro, para ese Otro. Teniendo como horizonte el inscribir la dimensión de una suplencia, en aquel punto donde nada ha sido escrito; armando un tejido de sostén para la estructura, ofreciendo un campo posible de inscripción simbólica.

En este punto, la actividad de los talleres se podría pensar, como modo de crear formas singulares de funcionamiento donde, el saber-hacer, como límite al saber del Otro, ofrece la utilización de una técnica de la cual el paciente se apropia para expresarse; transformando, dicha apropiación, en un medio para la creación de producciones que lo representen.

Como se menciono anteriormente, durante la concurrencia al servicio, se participo de diversos talleres; entre ellos el taller de movimiento, donde se pudo ser, observador participante junto a un psicólogo a cargo, este taller convocaba a los pacientes, todos los miércoles a las 9:00 horas, a un espacio distinto al lugar físico donde se realizaban el resto de las actividades. Este invitaba a los pacientes a salir del servicio de internación, y durante una caminata de 45 minutos aproximadamente, recorrer diferentes lugares, y sectores de la institución, que se encontraban al aire libre, el objetivo del taller, era lograr un espacio donde el cuerpo pueda ponerse en movimiento, la mente despejarse de aquellos pensamientos que a veces los atormentaban, que puedan conectarse con la naturaleza, con el afuera, y entre ellos mismos.

En un principio, y durante varios encuentros, los relatos que hacían acerca de los lugares del hospital eran dirigidos solo hacia los profesionales, como un modo de singularizar el uno a uno, las intervenciones de los profesionales se dirigían a que la conversación se abriera al grupo en general. Objetivo que se pudo lograr con el tiempo.

Lo que surgió de esta experiencia a partir de lo que los pacientes mismos comenzaron a demandar, es la historia del hospital, aquellos lugares que ya conocían por internaciones anteriores la posibilidad de conectarse y relacionarse entre ellos, a través de este relato, dando cuenta de la historización del lugar que los alberga, descubriendo nuevos o reformulando sectores, permitían a través de esto que entre ellos puedan conocerse un poco más y relacionarse unos con otros, construir su propia historia.

Durante uno de los recorridos por el hospital y pasando por el sector del centro cultural, uno de los pacientes, comienza a reírse, a lo que otro le pregunta *“De que te reís A.”*, este responde *“No nada, y continua riendo”*, el coordinador insiste *“Nos querés contar A.”*, a lo que este acota *“Es que me acorde la primera vez que me trajeron al hospital... empecé a escuchar voces , me sentía mal y me dijeron que íbamos a comer una pizza y me trajeron acá”*, a lo que otro pacientes riéndose refiere *“A mí también, me dijeron lo mismo y termine internado”* provocando esto risas generales en todos los que participaban ese día del taller, esto desprendió, que cada uno de los pacientes, comience a relatar su historia de la primera vez que se internaron, recordando donde estaban , que estaban haciendo y como llegaron al hospital.

Podemos aquí tomar la concepción de Pommier, quien introduce la cuestión de la transferencia en la psicosis, la cual se podría pensar como una posibilidad más, de establecer un lazo mediante ella, el autor sostiene que en la transferencia hay un tiempo a ganar que es

un tiempo subjetivo, “subjetivar ese tiempo de la transferencia en la transferencia misma es, en acto, el tiempo subjetivo que permite vivir al sujeto” (Pommier, G. 1997, p. 16). Porque según el planteamiento de este autor, la base de la transferencia esta en crear un tiempo subjetivo, ya que esta temporalidad subjetiva puede definirse como el tiempo necesario para que un significante alcance su significado, tiempo subjetivo el cual se obtiene gracias a la significación de toda una frase.

Se podría considerar el taller de movimiento como un espacio que permite un trabajo de singularización del cuerpo, que aparece en los pacientes, del reconocimiento de sus posibilidades de ponerlo al servicio de su accionar, en un colectivo que abre la posibilidad al lazo social con el otro, por medio del cuerpo como herramienta, podría pensarse en la posibilidad de un cuerpo que lo represente. Cuerpo como producción del sujeto, que inscriba su nombre como propio, en la integración de su historia a tal construcción. Ligar el cuerpo con la historia abre una dimensión posible de pensar que, ligando el cuerpo con la historia propia, el cuerpo puede “ser historia”.

Otro espacio que propone una invención distinta en la constitución de un lazo posible, es el taller de arte, en el cual los pacientes despliegan al máximo su capacidad creativa y entusiasmados por ella, surgen nuevas ideas propuestas por ellos mismos, donde en palabras de un paciente;

“Ahora somos los protagonistas”. Esta frase surgió a raíz, de la propuesta por ellos de realizar un cortometraje, en base a uno que habían visto en un encuentro anterior en el taller de arte, esta idea es muy bien tomada por la psicóloga que coordina la actividad y decide ponerla en práctica, es así que deciden escribir un guión, plantear la escena, elegir los personajes y quienes de ellos van a actuar, ensayar el corto, para culminar en la muestra final de este proyecto, donde una vez editado, los pacientes realizaron tarjetas de invitación,

convocando tanto a todos los profesionales del servicio, como a aquellos pacientes externados, que vienen a su tratamiento ambulatoriamente. La muestra del cortometraje se dio lugar en una de las salas del servicio donde todos los convocados se hicieron presentes en día y hora, ellos mismo como protagonistas de la historia, fueron los encargados de relatar cómo surgió la idea de realizar este corto y de qué manera la llevaron a cabo, al verse en la pantalla del televisor, y captar como sus espectadores disfrutaban del corto, surgen frases de los pacientes tales como; *“Somos los protagonistas”, “Disfrutar en grupo todo es mejor”*” *Esos somos nosotros”*

Se podría pensar este taller como un dispositivo de trabajo grupal que promueve la participación activa de sus integrantes, el intercambio de experiencias y la construcción grupal de los aprendizajes, propiciando una identidad participativa donde se aprende a ser y crear colectivamente.

Las múltiples facetas, los esquivos enigmas, los deseos insatisfechos que evoca toda obra de arte, toda producción humana, nos muestran que no se trata sólo de una simple superficie plana donde se puede leer una única verdad y unos pocos signos. Sino que nos ofrecen la oportunidad de descifrar su entramado en la tímida pretensión de hacer lazo con el otro.

De esta manera, se podría inferir a partir de la experiencia de la práctica, que en los talleres se espera que sus participantes adquieran conocimientos incorporándose a una actividad grupal en la que irán descubriendo y afianzando potencialidades, enfrentando miedos, desarrollando roles diversos, expresando opiniones, aprendiendo a escuchar al compañero y a respetar tiempos y diferencias. Son los mismos pacientes quienes proponen las próximas actividades que se trabajaran en el taller.

El trabajo grupal en todos los talleres, se orienta a la creación de condiciones de posibilidad para lo producción de lo singular anudado en lo colectivo. Anudar los tejidos de una trama

grupal mientras se propicia el protagonismo del sujeto. Así, se favorece la creación de un espacio diferente, de alojamiento subjetivo, la instalación de una demora, de un intervalo, a la vez que de tiempos de conclusión que generen condiciones para la producción de lo propio.

Se podrían considerar los espacios de taller como dispositivos favorecedores de la construcción de lazos, si pensamos en ellos como la puesta de una escena que le permite a cada sujeto poner a trabajar algo de su padecimiento, dentro de un encuadre, de un espacio, de un tiempo, de ciertas normas, y de una consigna compartida con otros. Se establecen los términos que permiten un ordenamiento simbólico, como una forma de acotar el goce.

5.2 Capítulo II: El lazo como sostén

A partir del trabajo de campo realizado en el servicio, se pudo obtener dos historias de pacientes externos, que estuvieron internados, y que hoy en día son pacientes ambulatorios, una de ellas se pudo presenciar ya que se dio durante el tiempo que duro la práctica. Se trata de un paciente J. al que le resultaba muy difícil el momento de la externación, se trabajo con un acompañamiento terapéutico, previo a la terapia grupal acompañando el tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta que la dinámica del servicio se basa en el trabajo interdisciplinario.

Al momento de la externación, J., manifestaba “*Acá en el hospital me siento mejor*”, “*No estoy solo*”, este paciente había tenido varias internaciones y lo que mas difícil le resultaba era el momento del alta, el afuera, el sentirse solo y no poder sostenerla, se trabajo mucho con J. durante los diferentes tratamientos. Pero esta vez fue diferente, debido a que se logró que accediera a un subsidio habitacional que le permite desenvolverse mejor en el afuera, y

durante esta última internación entabló una relación amistosa con otro paciente internado, quien le ofreció establecerle un contacto, con una señora que tenía una vivienda con habitaciones para alquilar y que vivía al lado de su casa. Se procedió a realizar toda la gestión para que el paciente se pueda ir de alta y comenzara a alquilar en esta vivienda, donde actualmente vive, ambos se juntan, charlan, se fuman un cigarrillo y cuando les toca concurrir al hospital, ya sea para retirar medicación o por algún evento especial, como lo fue la fiesta de fin de año, vienen y se van juntos. Cabe destacar también que ahora J. es el encargado de la biblioteca del servicio, por lo cual concurre dos o tres veces por semana, también para participar de algunas actividades, lo que hace que se sienta contenido, sostenido en un lazo posible con el servicio, los pacientes que aun se encuentran internados allí y los profesionales. Otra de las historias que se obtuvo fue a través de las diferentes entrevistas a los profesionales, en la que se transmitió la historia particular de dos pacientes que durante la internación establecieron un lazo, que pudieron sostener fuera del hospital, ya que ambos están externados, viven en la misma pensión, en distintas habitaciones y sostienen como ritual juntarse todos los días a las 18:00 horas, a tomar mate, actividad que compartían en el hospital estando internados y que pudieron llevar y sostenerla afuera.

Otro ejemplo de la posibilidad de un lazo como sostén en el afuera, es el PREASIS³, que trabajan en la restitución de los derechos de las personas que tienen padecimiento mental, promoviendo la externación de las personas internadas y acompañándolas en el proceso de reinserción social. Brinda la posibilidad de un espacio distinto, por fuera del hospital, donde concurren pacientes en proceso de externación, ofrecen diversas actividades que pueden realizar gratuitamente en diferentes espacios físicos. Los profesionales del Servicio TCP articularon con los profesionales del PREASIS una importante red de intercambio, que

³ Esta sigla refiere al, Programa de Externación Asistida para la Integración Social de C.A.B.A., programa que ofrece el Gobierno de la ciudad, destinado a las personas con padecimiento mental.

permite acompañar a los pacientes desde los dos espacios, planificando estrategias de tratamiento entre ambos equipos.

Se puede apreciar a través de estas historias, que el servicio en general apunta a la constitución del lazo entre pacientes, se podría llamar un lazo posible, que permita la condición de sostén en la futura externación, en palabras de la psicóloga del servicio;

“durante el tratamiento, los usuarios encuentran un lugar, se ponen en juego las identificaciones entre ellos sobre los síntomas, comparten vivencias y malestares, tanto en los espacios terapéuticos grupales como en los momentos de ocio, en los que junto al mate comparten conversaciones y experiencias”.

Por otro lado, como sostiene Fernández E. (2005), se debe tener en cuenta que si el sujeto psicótico puede producir un objeto que, proviniendo de él, circule para otros con valor de cambio y por el cual sea reconocido, esperado dentro del lazo social y nombrado, esto operaría estabilizando la estructura.

Se podría considerar, que la constitución de lazos de diferente tipo y manera contribuye positivamente al tratamiento del paciente psicótico ya que, como lo expresa en la entrevista la psicóloga, *“es una patología que tiende al aislamiento. A ello se suma que es una enfermedad discriminada socialmente que dificulta, muchas veces, su integración en la vida cotidiana”.*

Podría afirmarse que el lazo social durante la internación no debe quebrarse, por el contrario se debe fomentar su construcción, ya que esto permite en el paciente; *“el lazo con el servicio y el equipo tratante le permite la adherencia al tratamiento y la continuidad del mismo a largo plazo”.*

Daniel Millas, sostiene que ese arduo trabajo que constituye el delirio, demuestra justamente que no hay un solo modo de establecer un lazo con el Otro. “Por la paradójica enseñanza que

nos brindan las psicosis podemos admitir una diversidad de lazos sociales, su pluralización”

(Millas D. 2015, p. 192-193).

Podríamos expresar que todo dispositivo conlleva, en sí mismo, el orden del discurso implícito en su estructura. Por ello, los talleres tanto del servicio de T.C.P., como los del PREASIS que se ofrecen por fuera del hospital, como dispositivos de intervención en el campo de la Psicosis, se presenta como herramienta para el re-establecimiento de las coordenadas del lazo social; permitiendo al paciente “hacerse un lugar” por dentro de un discurso sostenido en un entramado particular, pero construido en función de la singularidad de cada uno, permitiendo que cada sujeto se apropie de las herramientas brindadas por la institución, a la manera de cada subjetividad.

En este punto, se infiere que lo que desde este servicio en particular se vehiculiza, es un “auto tratamiento de lo real”, en función de compensar la forclusión registrada, en sus efectos a partir de un camino que intenta plasmar los avatares de la singularidad de cada uno de los pacientes que ponen en marcha los objetivos fundante del servicio T.C.P.

6. Conclusiones

En el presente trabajo, se abordó la temática, de la posibilidad de construcción de lazos, en pacientes psicóticos en un servicio de internación a corto plazo, de un hospital monovalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, intentando dar cuenta de ello a través de las diferentes observaciones participantes, de recolección de información, de revisión de historias clínicas y entrevistas a profesionales, que se pudieron extraer del campo analizado.

En función de los objetivos planteados tanto el general como los específicos, se podría afirmar que, es posible la construcción de lazos entre pacientes psicóticos en este servicio de internación a corto plazo, ya que esto es promulgado por el mismo, en donde sus objetivos principales para con el paciente, es la continuidad y sostenimiento del tratamiento ambulatorio en el tiempo y la integración social. Si bien se podría afirmar, que la intervención desde la perspectiva psicoanalítica, contribuye y promueve el establecer lazos, a través de los diferentes dispositivos que se brindan allí, tales como los talleres o la terapia grupal, esto se hace extensivo hacia todo el equipo interdisciplinario que lo constituye, apuntan a la generación de lazos en los pacientes, considerando que es una herramienta fundamental mientras están internados y muy provechosa cuando se externalizan, ya que les brinda a los pacientes una posibilidad de sostén en el afuera. Se considera que la posibilidad de hacer lazo, promueve la adherencia al tratamiento, su continuidad y disminuye el riesgo de recaída.

En cuanto a la hipótesis que se planteó, si bien los pacientes generan lazos entre ellos durante la internación y muchas veces los sostienen en la externación, también establecen lazos con los profesionales, quienes de alguna manera le dan ese lugar, los alojan permitiéndoles

sentirse sujetos. Se pudo comprobar, con las entrevistas a profesionales y sus relatos e historias sobre diversos pacientes, y esto se hace extensivo hacia todo el equipo de profesionales, quienes consideran que el mayor lazo es con el servicio.

Se podría considerar, que a través de la experiencia clínica y el recorrido de estos profesionales en el hospital, pueden dar cuenta de que con los años de tratamiento algunos pacientes, logran tomar conciencia de enfermedad y de situación, pudiendo identificar situaciones que los estresan o movilizan. En la mayoría de los casos estas situaciones están vinculadas a las relaciones socio-ambientales y familiares, recurriendo al servicio a pedir ayuda. Solicitan internarse por un tiempo para “cuidarse” del estrés, reconociendo que están exigiéndole mucho en su hogar y al no poder responder, se sienten nerviosos, discuten y prefieren quedarse unos días en el servicio para “no descompensarse”. Se podría afirmar que la transferencia generada con el hospital y con el equipo terapéutico, les permite recurrir en busca de ayuda.

También es preciso relatar que la mayoría de los pacientes que se externan y no son alojados por sus familias, buscan pensiones habitacionales cerca del hospital, y en fechas importantes como pueden ser las fiestas de fin de año u otras, esto le permite acercarse al servicio a compartirlas con sus compañeros y los enfermeros de guardia (que generalmente conocen) y sentirse, de algún modo, en familia con los pacientes que al momento se encuentran allí internados.

A partir de esto, se infiere que el lazo esta dado por la profundidad, la consistencia y no depende de la estructura solamente sino de los sentidos que le pueda dar cada uno. La institución permite tener transferencia plural, y la pluralidad hace que no sea singular para q el otro no se vuelva persecutorio, da la posibilidad de desplegar “un saber hacer” con el síntoma,

saber hacer algo más que padecerlo, y que alguien se interese en ellos, ese interés debe estar regulado por los recursos que tiene cada paciente.

A modo de conclusión, sostengo que el trabajo que se realiza con los pacientes en este servicio en particular, es un trabajo arduo, minucioso y del día a día, en donde se abarcan todos los ámbitos que conciernen al paciente, para que al momento de su externación, su vida cotidiana y la resocialización sean posibles.

Destacar la pasión con la que trabaja cada uno de los profesionales es imprescindible, ya que cuentan con muy pocos recursos, humanos y materiales, como consecuencia de la deficiente gestión en políticas públicas en salud. Procuran siempre, no dejar al paciente a la espera de que estos recursos algún día lleguen, se ocupan y se preocupan por cada uno de ellos, para que, lo que se trabaja durante la internación se haga efectivo y este pueda sostener en el afuera. Lo cual se hace muchas veces difícil para los pacientes ya que no hay lugar preparado ni una sociedad capacitada para albergar al sujeto con padecimientos de salud mental. En palabras de un paciente; *“a todos los que estamos internados acá, la gente afuera nos deja a un costadito”*

Considero, como primordial la necesidad de establecer políticas públicas, basadas en el cumplimiento de la ley de salud mental N° 26.657, que favorezcan el establecimiento de diferentes proyectos y dispositivos que ofrezcan al paciente la posibilidad sostener una externación digna y continua en el tiempo, que permita plasmar en el afuera el trabajo que se realiza adentro de la institución, cerca de sus lugares de residencia.

Por lo tanto, se dejan abiertos dichos planteamientos y se invita a la reflexión, el debate y la profundización de los mismos en investigaciones futuras.

Se podrían considerar como limitaciones del presente trabajo, que la observación y el análisis aquí expuesto se encuentran sujeto a la limitación del campo analizado, cabe destacar que lo observado en este servicio en particular, no se hace extensivo a todo el campo de esta patología. A pesar de las horas concluidas para el desarrollo de esta investigación, si bien se pudo participar de algunos talleres grupales de los cuales se extrajo la mayor cantidad de viñetas clínicas de diálogos entre pacientes, muchas de esa horas estuvieron sujetas, (por disposición y reglas de la institución en preservar a los pacientes), a reuniones de equipos profesionales, trabajos interdisciplinarios y revisión de historias clínicas de los pacientes que se incluyeron en la muestra.

A modo de cierre, se consignan las siguientes frases:

“Nadie llega a convertirse en humano si está solo: nos hacemos humanos los unos a los otros” (Savater, F. 1999, p. 193).

“La meta no cambia lo que cambia son los caminos” (paciente C. del servicio T.C.P.)

8. Referencias Bibliográficas

Artaud, A. (1993) Van Gogh, El suicidado por la sociedad. Madrid: Ed. Fundamentos.

Asociación Americana de Psiquiatría (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR. Barcelona: Ed. Masson.

Ban, T. y Ucha Udabe, R. (1995). Clasificación de las psicosis. Buenos Aires., Argentina: Ed. Salerno.

Fernández, E. (2005). Algo es posible, Clínica psicoanalítica de locuras y psicosis. Buenos Aires, Argentina: Ed. Letra Viva.

Fernández, Elida E. (1999). Las psicosis y sus exilios. Buenos Aires, Argentina: Ed. Letra Viva.

Foucault, M. (1992). Historia de la locura en la época clásica I. Buenos Aires, Argentina: Ed. Fondo de Cultura Económica.

Freud, S. (1923-1925). El yo y el ello, en Obras completas. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1911-1913). Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber), en Obras completas. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1915-1916). Lecciones introductorias al psicoanálisis. En Obras completas. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu. Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1894/1899). Obsesiones y fobias, En Obras completas. Buenos Aires, Argentina:

Ed. Amorrortu.

Galende, E. (1990). Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.

Geertz, Clifford, (1989). “El antropólogo como autor”, Ed. Paidós, Buenos Aires. Argentina

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2018). Programa de Externación Asistida para la

Integración Social. Recuperado de:

<https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/preasis>

Kaplan, H.; Sadock, B.; Grebb, J. (1994) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires, Argentina:

Ed. Panamericana.

Lacan, J. (1955-1956). Seminario 3: Las psicosis. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.

Lacan, J. (1957-1958). Seminario 5: Las formaciones del inconsciente. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.

Lacan, J. (1969-1970). Seminario 17: El reverso del Psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina:

Ed. Paidós.

Lacan, J. (1975-1976). Seminario 23: Le Sinthome. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.

Lacan, J. (1984). Acerca de la causalidad psíquica, en: Escritos 1. Buenos Aires, Argentina:

Ed. Siglo XXI.

Lacan, J. (1987). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis,

en: Escritos 2. Buenos Aires, Argentina: Ed. Siglo XXI.

Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (2013). Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.

Millas, D. (2010). Angustia e Inhibición en la Psicosis. Revista digital de la EOL, Virtualia N°21 de. Recuperado de: <http://www.revistavirtualia.com/autores/198/Millas,%20Daniel>

Millas, D. (2015). El Psicoanálisis pensado desde la psicosis. Buenos Aires, Argentina: Ed. Grama ediciones.

Miller, J.A. (2006). La ética del psicoanálisis, en Introducción a la clínica lacaniana, Barcelona: Ed. RBA Libros.

Miller, J. A. (2008). El partenaire-síntoma. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós

Nasio, J. D. (1993). Cinco lecciones sobre la teoría de Jaques Lacan. Buenos Aires, Argentina: Ed. Gedisa S.A.

Naveau, P. (2004) Las psicosis y el vinculo social, el nudo deshecho. Madrid: Ed. Gredos.

Pommier, G. (1997). La transferencia en la psicosis. Buenos Aires, Argentina: Ed. Kliné.

Revista Litoral N° 6. (2000). La instancia de la Letra. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Literales. Recuperado de: <http://ecole-lacanienne.net/es/collection/revista-litoral-3/>

Roudinesco, E. y Plon, M. (2003). Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires. Argentina Ed. Paidós.

Savater, F. (1999). Las Preguntas de la Vida. Buenos Aires, Argentina: Ed. Ariel.

ANEXO

Contenido

1 Modelo de Entrevista	57
2 Entrevista a la Psicóloga	58
3 Entrevista a la Psiquiatra	60

Modelo de entrevista

Profesión:
Años de experiencia Profesional :
Servicio en el que se desarrolla:
Cargo que ocupa actualmente en el servicio:
¿Considera que los pacientes tienen la posibilidad de establecer lazos?
¿Qué dispositivos o espacios son favorecedores para ello?
¿Qué efectos tiene la construcción de lazos, en el tratamiento de los pacientes con esta patología?
¿Desde su lugar profesional, fomenta la construcción de lazos en los pacientes del servicio?
¿Considera que la construcción de lazos puede servir para la futura externación del paciente?

Profesión: Psicóloga

Años de experiencia profesional en instituciones públicas: 4 años y medio, en este hospital, 15 años de profesional en diferentes hospitales públicos y 25 años de experiencia laboral en la administración pública.

Servicio en el que se desarrolla: Servicio de Terapia a Corto plazo.

Cargo que ocupa actualmente en el servicio: Psicóloga, de planta permanente.

➤ **¿Considera que los pacientes tienen la posibilidad de establecer lazos?**

Entrevistada (S): Si, porque el paciente psicótico puede establecer lazos. Durante la internación se intenta empezar a poner en juego su manera de vincularse con otros, ya que aquí lo que los usuarios reproducen son los vínculos que tienen afuera, con su entorno familiar, con lo cotidiano. Muchas veces estos lazos son lábiles, y dependen de la estabilización del cuadro psiquiátrico.

➤ **¿Qué dispositivos o espacios son favorecedores para ello?**

Todos los espacios grupales, los talleres, la asamblea, donde se trabaja la convivencia, los roles, la terapia grupal, la terapia individual en la cual también se trabaja el modo individual de relacionarse con otros.

➤ **¿Qué efectos tiene la construcción de lazos, en el tratamiento de los pacientes con esta patología?**

Efectos positivos, porque es una patología que tiende al aislamiento. A ello se suma que es una enfermedad discriminada socialmente que dificulta, muchas veces, su integración en la

vida cotidiana. Durante el tratamiento, los usuarios encuentran un lugar, se ponen en juego las identificaciones entre ellos sobre los síntomas, comparten vivencias y malestares, tanto en los espacios terapéuticos grupales como en los momentos de ocio, en los que junto al mate comparten conversaciones y experiencias.

El lazo con el servicio y el equipo tratante le permite la adherencia al tratamiento y la continuidad del mismo a largo plazo.

➤ **¿Desde su lugar profesional, fomenta la construcción de lazos en los pacientes del servicio?**

Sí, todo el tiempo, desde que ingresa el paciente al servicio, en la admisión, se indaga sobre sus vínculos, durante el tratamiento se trabaja con la familia, para que pueda entender la sintomatología de los usuarios y reparar los vínculos, se convoca a toda persona significativa para ellos y se trabaja fortaleciendo los lazos que se generan entre los usuarios en el tratamiento. En muchas oportunidades comparten la misma pensión cuando se van de alta, sosteniendo paseos o encuentros fuera del hospital.

Los lazos pueden estar favorecidos si se entablan vínculos con los diferentes servicios y emprendimientos del hospital. También los usuarios generan nuevos lazos cuando son derivados, según sus posibilidades a diferentes espacios de trabajo, o talleres fuera del hospital, generando nuevas relaciones.

➤ **¿Considera que la construcción de lazos puede servir para la futura externación del paciente?**

Sí, totalmente, los lazos que construyen en la internación, les sirven para la externación, para las diferentes actividades que realizan con otros pacientes afuera.

Profesión: Psiquiatra

Años de experiencia profesional en instituciones públicas: 15 años, en este hospital y diferentes hospitales públicos.

Servicio en el que se desarrolla: Servicio de Terapia a Corto plazo

Cargo que ocupa actualmente en el servicio: Psiquiatra, de planta permanente.

➤ **¿Considera que los pacientes tienen la posibilidad de establecer lazos?**

Entrevistada (M): Si, no es el lazo que construye un neurótico, pero pueden establecer un lazo con la constancia del otro, logran la convivencia.

➤ **¿Qué dispositivos o espacios son favorecedores para ello?**

Los talleres, la asamblea de convivencia, la continuidad de esto y la regularidad en los espacios.

➤ **¿Qué efectos tiene la construcción de lazos, en el tratamiento de los pacientes con esta patología?**

A corto plazo, los efectos son, el lugar de pertenencia, la posibilidad de circular libremente en el servicio, hace que el paciente se sienta más seguro, y tenga registro del cuidados de sus cosas, y a largo la psicoeducación, mejor adherencia al tratamiento, menos efectos adversos.

➤ **¿Desde su lugar profesional, fomenta la construcción de lazos en los pacientes del servicio?**

Sí, porque es favorecedor para el paciente, ya que apunta al servicio del paciente, la continuidad en la terapia.

- **¿Considera que la construcción de lazos puede servir para la futura externación del paciente?**

Si, de aquel lazo que en el tiempo tenga consistencia, acá tuvimos dos pacientes internados, que mientras estuvieron en el servicio generaron un lazo, y ahora conviven en la misma pensión, y tiene como ritual todos los días juntarse a las seis de la tarde a tomar mate.