

**Pérez, María Sol**

## **Los modos de nominación en un Hospital Monovalente Público de la Ciudad de Córdoba**

---

**Tesis para la obtención del título de grado de  
Licenciada en Psicología**

Directora: Cattaneo, María Jimena

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.





Universidad Católica de Córdoba

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

*Los Modos de Nominación en un Hospital Monovalente Público de la  
Ciudad de Córdoba*

Pérez, María Sol

2021



*Los Modos de Nominación en un Hospital Monovalente  
Público de la Ciudad de Córdoba*

Universidad Católica de Córdoba  
Facultad de Filosofía y Humanidades  
Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

*Los Modos de Nominación en un Hospital Monovalente Público de la  
Ciudad de Córdoba*

Pérez, María Sol

Directora: Cattaneo, María Jimena

2021

## INDICE GENERAL

1.	AGRADECIMIENTOS .....	8
2.	INDICE DE SIGLAS .....	9
3.	INTRODUCCION .....	10
4.	CONTEXTO DE PRACTICA .....	13
4.1	CONTEXTUALIZACION EN TORNO A LA CONSTRUCCION HISTORICA DE LA SALUD MENTAL.....	14
5.	CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	19
5.1	HISTORIA DEL HOSPITAL NEUROPSIQUIATRICO.....	20
5.2	CONDICIONES EDILICIAS ACTUALES .....	23
5.3	FUNCIONAMIENTO.....	24
5.3.1	LA GUARDIA .....	25
5.3.2	EI INTERNADO .....	27
5.3.3	CONSULTORIOS EXTERNOS.....	27
5.3.4	AREA DE REHABILITACION.....	28
5.3.5	ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCION.....	30
6.	EJE DE SISTEMATIZACIÓN .....	31
7.	OBJETIVOS .....	31
7.1	OBJETIVO GENERAL .....	31
7.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	32
8.	PERSPECTIVA TEORICA .....	33
8.1	EL SUJETO .....	34
8.1.1	LA CAUSACION DEL SUJETO .....	40
8.2	TRANSFERENCIA .....	44
8.3	EL USO DE LAS CLASIFICACIONES DIAGNOSTICAS.....	50
8.3.1	LA UNIVERSALIDAD .....	50
8.4	SINGULARIDAD.....	54
8.4.1	DE LA CADENA AL NUDO.....	54
8.4.2	UN PUNTO DE PARTIDA .....	55

9.	MODALIDAD DE TRABAJO.....	57
9.1	TECNICAS DE ANALISIS DE DATOS.....	58
9.2	CARACTERIZACION DE LOS SUJETOS.....	58
9.3	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	59
9.4	IMPLICANCIAS ETICAS.....	60
10.	RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	61
<b>11.</b>	<b>ANALISIS DE LA EXPERIENCIA.....</b>	<b>68</b>
11.1	EL CAMPO DEL OTRO.....	69
11.1.2	EL DIAGNÓSTICO EN LA CLÍNICA DE LA EMERGENCIA.....	74
11.2	LOS PICKLES.....	79
<b>12.</b>	<b>CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>84</b>
13.	ANEXO.....	87
	REFERENCIAS.....	96

**A mis Padres**

**A Agustina mi querida hermana, amiga y compañera**

# 1. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi familia: Mamá, Papá, Ángela, Agustina, Candelaria, Florencia y Juanito.

A Alejandro Albarello mi gran amigo, compañero y hermano.

A Pedro Calviño, un amor de escansión.

A Adrián Gudiño, por trasmitirme desde mis primeras indagaciones un psicoanálisis comprometido y por su amistad.

A Jimena Cattaneo quien acogió este proyecto y por permitir que el tiempo sea mío.

A Juliana Zapata y a Diego de la Torre quienes han sido un ejemplo de esfuerzo, trabajo y amor.

A Los Pickles a quienes les expreso mi más profundo respeto y agradecimiento por su alegría y amor.

Al Hospital Neuropsiquiátrico donde he podido realizar mi trabajo.

## **2. INDICE DE SIGLAS**

HNP: Hospital Neuropsiquiátrico Provincial

IPAD: Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción

LSM: Ley Nacional de Salud Mental

SsS: Sujeto supuesto saber

### 3. INTRODUCCION



El trabajo que se presenta a continuación tuvo lugar a partir de la práctica profesional supervisada del contexto clínico de la Facultad de Psicología en la Universidad Católica de Córdoba. En esta oportunidad, se desarrolló desde la inserción en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba.

A partir de la práctica hospitalaria, el eje temático que se propone es un *Análisis de los Modos de Nominación en un Hospital Monovalente Público de la ciudad de Córdoba*. La orientación teórica en la que se posiciona es desde el psicoanálisis de la orientación lacaniana, sin descuidar conceptualizaciones centrales de Sigmund Freud.

Para llevar a cabo el mismo, primero se hará una descripción sobre el contexto clínico entendido como una construcción situada en un marco socio-histórico. Allí, se describen los principales cambios en el devenir temporal respecto a los modos de abordaje en salud mental, tomando en cuenta las concepciones del padecimiento psíquico. Luego, se intenta situar la historia del Hospital con sus características y funcionamiento.

A continuación, se proponen los objetivos generales y específicos acompañados del desarrollo de la perspectiva teórica donde se esbozarán las nociones fundamentales para llevar adelante este trabajo; y de la modalidad de trabajo en donde se describen las técnicas utilizadas.

Posteriormente se efectúa una reconstrucción de la experiencia en las prácticas mencionadas. En este apartado, además, se incluirá la sistematización de las mismas con un análisis basado en la articulación teórico-práctica. Por último, se presentarán las consideraciones finales que permiten recuperar el recorrido, dándole un cierre al trabajo integrador final.



## 4. CONTEXTO DE PRACTICA



#### 4.1 CONTEXTUALIZACION EN TORNO A LA CONSTRUCCION HISTORICA DE LA SALUD MENTAL

En este capítulo se describen los principales cambios en el devenir temporal respecto a los modos de abordaje en salud mental. Para esto se tienen en cuenta las concepciones del padecimiento psíquico, puesto que las nociones de salud mental se han ido modificando a lo largo de la historia a la par de distintos acontecimientos económicos, políticos y sociales. Por ello se puede decir que estas nociones no son estáticas, sino que están en constante cambio (Rojas et al., 2014).

Para comenzar, se presentará la concepción de la psiquiatría en la Europa del siglo XVIII con sus principales representantes. Esto reviste de gran interés, debido a su influencia en la clínica, para luego adentrarnos a la concepción de salud-enfermedad a lo largo de la historia argentina.

La psiquiatría surge como una forma de pensar sobre el padecimiento psíquico, con figuras indiscutibles que provienen de Europa como Philippe Pinel, Eugen Bleuler, Sigmund Freud, entre otros, quienes influenciaron el pensamiento sobre la enfermedad mental. Pinel fue el pionero que empezó a hablar de *alienismo mental* (Matusevich, 2017), participó activamente de la Revolución Francesa, momento histórico que dio lugar a cambios económicos, sociales y políticos que tuvieron incidencia para la medicina y la salud. A su vez, es considerado como uno de los fundadores de la clínica, por lo que aparece en dicha reconstrucción con todo su esplendor. Algunas de sus nociones dieron lugar a la medicalización de la locura, al tratamiento moral y al inicio del movimiento alienista desde mediados del siglo XVIII. Con Pinel y la escuela alienista, la psiquiatría considera a las perturbaciones mentales como una variedad particular de las perturbaciones somáticas. Luego, esta posición cambia y su énfasis no cae sobre el organismo del “loco”, sino sobre lo “moral” de la locura, lo cual se puede relacionar con el *tratamiento moral* que propone como intervención (Bercherie, 1890).

Estos aportes marcan una distancia con prácticas que se realizaban hasta ese momento, como el empleo de cadenas para sujetar al “loco”, lo que tenía un significado asociado a la oscuridad, encierro e inmovilidad, suponiendo una represión sin fin. Romper con estas prácticas llevó a ubicar a Pinel en un papel “liberador”, identificando al alienista con la luz. Sin embargo, como va a ir demostrando la historia, el gesto de Pinel fue sólo un cambio de la modalidad de represión, en otras palabras, como lo expresa Vezzetti (1985) una “renovación tecnológica del alienismo<sup>1</sup>” (p. 51).

En los primeros años de la fundación de Argentina, las concepciones sobre el padecimiento psíquico y la “locura” estaban en estrecha relación con la institución de la Iglesia, por lo tanto, los únicos que podían estudiar estos fenómenos fueron los monjes denominados “alienistas” (Falcone, 2010). Las preocupaciones higiénicas y el alienismo son la raíz de la construcción de los primeros manicomios en Buenos Aires. Con ello, la “intención de separar a los locos (...) de la población de enfermos internados en los hospitales generales responde a objetivos que son a la vez de ordenamiento administrativo y de intención ejemplarizadora” (Vezzetti, 1985, p. 43). Por lo tanto, esta separación como bien lo señala Vezzetti (1985) responde al beneficio de los “enfermos orgánicos” y no para asistir mejor al “loco”. Su figura va a tomar una distancia que comenzó en la nosología europea, la cual consiste en producir un ajuste a la noción de la locura anudada a los temas morales de la improductividad y la rebeldía. Al no “dar el ejemplo”, la reacción de la sociedad es excluir o separar aquello que no entra en el orden establecido por la comunidad, por ello, se puede decir que el campo de la “locura” está fundamentalmente atravesado por los temas de la autoridad y la rebeldía.

La creación de los manicomios es impulsada por la sociedad de beneficencia y filantropía. El primero que se inaugura es el de las mujeres en 1854, a diferencia de lo que fue la creación del hospicio de hombres inaugurado en 1863, aun cuando la construcción de la casa se aprobó en la legislatura de Buenos Aires en 1858 (Vezzetti, 1985).

El alienismo se constituye como especialidad médica. Ésta centra su atención en los síntomas, busca observar las señales de la enfermedad en su aparición, construyendo un espacio de observación y objetivación que abre el campo de la mirada clínica (Vezzetti, 1985). Se podría decir

---

<sup>1</sup> En el Diccionario de la Real Academia Española, el término “Alienismo” refiere a una ciencia y profesión del alienista, quien está “dedicado especialmente al estudio y curación de las enfermedades mentales”. En la misma entrada, este término admite como sinónimos los conceptos “loco, demente”.

que esta es una mirada que se caracteriza por estar atravesada, en sus comienzos, principalmente por el dominio del campo de la medicina.

A partir de la Segunda Guerra Mundial, hubo un cambio en relación a los hospicios. La sociedad dirigió su mirada hacia ellos y manifestó que las condiciones de vida ofrecida a los pacientes psiquiátricos internados eran totalmente indignas. Así nacieron las primeras experiencias de reformas psiquiátricas. En este contexto va a surgir el *movimiento desalienista*, que dará nacimiento a lo que se llamó “*psiquiatría de sector*” y “*psiquiatría preventiva*”, las cuales se basaban en las creencias de que el modelo hospitalario estaba agotado y que el mismo debía ser transformado a partir de la construcción de servicios asistenciales que mejoraran el cuidado terapéutico (Brasca, 2014).

En el año 1957, comienza un proceso de transformación. Se creó el Instituto Nacional de Salud Mental, que dispuso una política activa por parte del Estado en los problemas de la salud mental. Su intención era obrar un pasaje de la psiquiatría a la *salud mental*, interrogando el paradigma psiquiátrico reinante hasta entonces en Argentina (Carpintero y Vainer, 2004).

En la década de 1960 se manifiesta una serie de cambios y reformas en el campo de la salud mental, de la mano de movimientos heterogéneos que han estado presentes también en otros lugares del mundo, que se conoce con el nombre de *antipsiquiatría* (Foucault, 1996). Este movimiento surgió en el mismo momento en que estuvo en crisis la psiquiatría como paradigma, y cuestionó el lugar del diagnóstico y de la clasificación que pesan sobre las personas. En oposición al tratamiento asilar que aísla al sujeto de su entorno, la *antipsiquiatría* busca cerrar los manicomios y fomentar la asistencia en la comunidad.

Siguiendo a Foucault (1996), se puede trazar una distinción entre psiquiatría, despsiquiatrización y antipsiquiatría. La psiquiatría desde finales del siglo XIX ha puesto el poder en el médico y el efecto que éste producía sobre el enfermo; el médico era el que sabía y tenía la verdad de la enfermedad gracias al saber que posee sobre ella, ejerciendo un poder en torno al paciente, generándose así una manera disciplinar y de dominación de los cuerpos de los enfermos. Este dominio de la psiquiatría fue dando lugar a que surgiera el movimiento de la despsiquiatrización que no busca anular el poder del médico, sino más bien que surjan nuevas

formas de aplicación y de evaluación. Es así que el psicoanálisis puede ser entendido como una forma de despsiquiatrización, dado que le da la palabra al paciente.

La antipsiquiatría, movimiento en contra de la psiquiatría, comenzó en Inglaterra al final de los años `50. Aunque su repercusión fue en la década de los `60, sus principales exponentes fueron Ronald Laing y David Cooper, quienes creían que las personas consideradas locas eran oprimidas, no solo en las instituciones psiquiátricas donde deberían recibir tratamiento, sino también en las familias y en la sociedad (Foucault, 1996). Esta corriente lleva a cabo la deconstrucción sistemática de los espacios manicomiales. De esta manera, se enfatiza la incidencia de las cuestiones sociales y culturales en la enfermedad del sujeto que antes no eran tenidas en cuenta por la psiquiatría, advirtiendo que la patología no solo ocurre en el individuo, sino también en las relaciones establecidas entre él y la sociedad (Vezzetti, 1985). Se puede ver aquí un pasaje de la concepción de enfermedad vista solo desde lo biológico-orgánico a tener en cuenta la relación del sujeto con un otro.

A partir de la antipsiquiatría se cuestionan los modelos institucionales de los manicomios y se generan estrategias alternativas para trabajar en la comunidad y con el sujeto, sin impactar sobre su aislamiento y cosificación. De la mano de este movimiento, surge en 2010 en Argentina la Ley Nacional 26.657 que considera a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (art. 3°). Con la presente ley también se reconoce que los padecimientos son transitorios, considerando al sujeto no solamente como sujeto que padece, sino también como *sujeto de derecho*. El impacto de esta ley se refleja en la función de los Hospitales Monovalentes, en tanto no se reduce a un lugar de aislamiento o reclusión, sino que se construye como un lugar “transitorio” que incluye a la comunidad.

La Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental (LSM) fue la primera que dio un marco nacional a las políticas en el área mencionada. Inició un periodo de cambios, de revisión de prácticas y concepciones que hasta el momento sustentaron la atención de aquellas personas con padecimiento mental (Hermosilla y Cataldo, 2012).

A pesar de que la Ley 26.657 es la primera normativa nacional en el área de Salud Mental en Argentina, existían con anterioridad leyes provinciales que apuntaban a la protección de los derechos de las personas con sufrimiento mental. En su mayoría estas coincidieron en la utilización de la denominación “sufrimiento” o “padecimiento mental”, que será retomada en la Ley Nacional. Pero existían algunas excepciones, que hablan de personas con trastornos de Salud mental o de enfermedades mentales (Hermosilla y Cataldo, 2012). Con estas excepciones se puede ver un gran ejemplo de uno de los principales cambios en cuanto a la nominación de tal padecimiento: antes el “trastorno” y la “enfermedad” respondían al hecho de estudiar lo psicológico como biológico. La denominación “padecimiento” o “sufrimiento” dada en la Ley enfatiza, como se mencionó anteriormente, que la misma no está determinada exclusivamente de forma biológica, promoviendo la interdisciplinariedad.

También en las legislaciones antecedentes es común la reglamentación del régimen de internaciones considerándolo como recurso excepcional, y el consentimiento informado dependía de las instituciones que reconocen el derecho a recibir información (Hermosilla y Cataldo, 2012). Con la LSM, se consideran a las internaciones el último recurso al cual recurrir, promoviendo el mantenimiento de vínculos, y se establece para todo tipo de intervenciones el consentimiento informado, remarcando un sujeto de derecho y no solo de padecimiento.

## 5. CONTEXTO INSTITUCIONAL



## 5.1 HISTORIA DEL HOSPITAL NEUROPSIQUIATRICO

El contexto institucional donde se desarrolló la práctica es en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba. Este se encuentra ubicado sobre la calle León Morra 172, en Barrio Juniors. Es una institución pública monovalente dedicada exclusivamente al abordaje específico de patologías psicológicas y psiquiátricas. Trabaja a puertas abiertas brindando atención ambulatoria, internaciones breves y guardia de 24 horas.

Para comenzar a desplegar este capítulo, resulta relevante un breve recorrido por su historia. En sus inicios por 1890, se construye el asilo con el nombre de “casa de dementes de la sociedad de beneficencia”. Era una institución asilar vinculada a la Iglesia que pertenecía a la sociedad de beneficencia, integrada por un grupo de damas de la ciudad de Córdoba. Su única función era la de albergar a las indigentes alienadas. Anteriormente, en 1882, hubo intentos de llevar a cabo este proyecto, pero los terrenos que eran cedidos por la Municipalidad para tal efecto no estaban en condiciones legales o terminaban siendo utilizados para otros fines (Garzón Maceda, 1917) citado en (De Leonardis y Lafi, 2011).

En cuanto a la estructura del Hospital (que va a ir de la mano con su historia institucional) el fundador del Barrio General Paz, Augusto López, donó en 1890 el terreno donde se emplaza actualmente el hospital (Garzón Maceda, 1917) citado en (De Leonardis y Lafi, 2011). En un comienzo sólo contaba con un salón dormitorio, no había baños ni otros espacios necesarios. Con el tiempo se fueron realizando remodelaciones: en 1897 una nueva donación de un terreno contiguo al asilo de alienadas llevó a la construcción del asilo para varones; luego, se construyó una sala para dementes tranquilos, algunas habitaciones para personal auxiliar, salas y baños. La atención de los pacientes estaba a cargo de las hermanas de la caridad y su director era un médico, quien realizaba las admisiones, los ingresos y las externaciones (Garzón Maceda, 1917) citado en (De Leonardis y Lafi, 2011, p. 10). Al inicio, su construcción no correspondía a un lugar adecuado para su destino.

Siguiendo con la reconstrucción que realiza De Leonardis y Lafi (2011), en 1907 se produjo un hito histórico para la institución, que significó un cambio importante en cuanto a la misión del hasta entonces asilo. Se realizó un convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, que se interesó en él con un doble objetivo: por un lado, brindar un servicio médico, y por otro obtener una enseñanza, convirtiendo el asilo en un hospital psiquiátrico. Esto comenzó a generar un mayor movimiento económico, ya que el asilo pasó a tener otras funciones y no únicamente la de “albergar”. Se produjo un cambio importante en el tratamiento de los pacientes, debido al inicio de las internaciones. Así la medicina fue incorporándose y ganando su espacio dentro de la institución. Ello va a influir en las nuevas remodelaciones que se fueron haciendo a lo largo del tiempo, en su funcionamiento y en su dirección. Entre 1911-1912 se construyeron el pabellón de hidroterapia, una sala acolchada para pacientes en crisis de furia o excitación, 14 celdas nuevas, un comedor, lavadero, ropería y taller de costura.

Durante 15 años, hasta 1930, se hizo cargo de la dirección del hospital el Dr. León Morra, quien ejerció una fuerte influencia en el perfil de la institución. En épocas posteriores la dirección es ocupada por su hijo, Carlos A. Morra, en los períodos de 1955-1958 y 1963-1972 (De Leonardis y Lafi, 2011). Un reflejo de esta influencia es el hecho de que hoy la calle donde se encuentra el hospital lleva su nombre. Argañaráz (2007) citado en De Leonardis y Lafi (2011) explica que León Morra se erigió como el representante de la Psiquiatría Manicomial en Córdoba. Se lo recuerda por explicar a sus alumnos al lado de la cama del enfermo, por medio de exámenes, seguimiento y clasificaciones. Su enseñanza “promovía una práctica cerrada a toda renovación psiquiátrica y también al psicoanálisis” (p. 11).

En la década del '50 se nacionalizó la Salud Pública, y se derogó el decreto que dio personería jurídica a la sociedad de beneficencia para que obtenga subsidios, disolviéndose en 1951. A partir de esto, el Estado fue haciéndose cargo de las instituciones sanitaristas y en este marco el asilo pasó a depender de la dirección de asistencia social con el nombre de “Asilo de Alienados”. El 30 de abril de 1958, bajo la dirección del Doctor Exequías Bringas Nuñez, la institución recibió la denominación de “Hospital Neuropsiquiátrico Provincial”, dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública y Asistencia Social (García et al., 2011).

A fines de la década del '60, se produjeron grandes cambios a nivel institucional: se promovió un crecimiento científico-técnico de la psiquiatría y de la enfermería, y surgieron otras disciplinas que se incorporaron al trabajo institucional, como la psicología, el psicoanálisis, la psicofarmacología, trabajo social y las terapias de grupo (García et al., 2011). Con estas nuevas incorporaciones, el enfoque de la psiquiatría asilar cambió totalmente y lo llevaron hacia una búsqueda interdisciplinaria de la salud mental.

Sin embargo, en la época de la dictadura militar se instalaron prácticas para mantener un “orden”, es decir para silenciar aquello que se encontraba en contra de lo que este régimen establecía. En ese momento había dos pabellones separados por una pared, el de mujeres y el de hombres, las habitaciones eran similares a celdas, ya que las puertas se encontraban con llaves, rejas y un policía (García et al., 2011).

Luego del advenimiento de la democracia, en 1984 se produjeron numerosos cambios; entre ellos, el hospital, bajo la dirección de Fernando Bringas, tomo como lema un “Hospital abierto y movilizado”. Consistía en un espacio de puertas abiertas con el objetivo de la externación, el reconocimiento de sujetos con derechos, la desmitificación de la “locura” y la libre circulación de la palabra de los pacientes. Pero en 2004 se volvieron a colocar rejas, bajo el discurso de una “falta de recursos humanos para la contención de los pacientes” (García et al., 2011, p. 6). Este hecho es muy significativo, ya que nuevamente en el hospital se impide la libre circulación a los pacientes.

## 5.2 CONDICIONES EDILICIAS ACTUALES

La infraestructura del hospital hoy cuenta con un solo piso de casi una manzana entera, con dos puertas de ingreso: una ubicada sobre la calle Bahía Blanca con un cartel grande de color azul que indica “Emergencia”. La otra es la puerta principal de ingreso, ubicada sobre la calle León Morra. Esta última es de madera antigua, con detalles de hierro y vidrio en el extremo superior, con un cartel que recuerda la fecha de su inauguración: “Año 1890 Hospital Neuropsiquiátrico”.

Al ingresar por su puerta principal, se encuentra el hall central, un rectángulo amplio con bancos alrededor contra la pared, desde donde se accede por un lado a las áreas de administración y de informes, y por otro, al aula magna donde se hacen reuniones, se dictan cursos de posgrado y seminarios. Mediante esta descripción se intenta mostrar que la fachada de la institución todavía mantiene el aspecto antiguo de la época en la que se construyó.

Luego de atravesar el hall central, hay un patio cubierto, utilizado como hall de distribución. Éste tiene acceso al departamento de Psicología, al Área de Estadística, a la Farmacia y al Internado que cuenta con 77 camas, distribuidas en dos pabellones: el de varones y el de mujeres, los cuales se conectan a través de un espacio donde funcionan sus consultorios, la sala de enfermería, un espacio donde se realiza la “revista de sala” y tres salas de contención. Estas últimas son salas de aislamiento, en las que se alojan indistintamente varones y mujeres; son habitaciones de pequeñas dimensiones, desposeídas de mobiliario y baños, con un colchón en el piso, una pequeña ventana enrejada, que solo puede abrirse desde el exterior y la puerta tiene pasador para colocar candado. A su vez, dentro del internado se encuentra el espacio de “La Rampa”, este es un espacio de acompañamiento y rehabilitación para los pacientes internados, integrado por diversos talleres que apuntan a reconstruir el lazo social, contener y acompañar al sujeto durante el periodo de internación.

Al ingresar por la puerta de “Emergencia”, situada en la parte de atrás del edificio, se encuentra el espacio de la guardia. Éste consiste en una sala de espera con un televisor, sillas y una ventana de pedido de turnos, en la cual se registran los datos del paciente para luego ser llamado. Esta sala tiene acceso por un lado a tres consultorios comunicados entre sí por una puerta interna, además de sus puertas de ingreso y, por otro lado, al sector donde solo entran los profesionales del equipo, que cuenta con una cocina comedor, dos baños y dos habitaciones.

Por último el Área de Rehabilitación se encuentra en el “Patio Rojo” detrás del internado, con una sala de Kinesiología donde hoy se realizan la mayoría de los talleres, un aula de arte y un patio descubierto con un escenario de cemento. Además cuenta con el Aula Magna ubicado en el ingreso, para talleres como el de teatro.

### 5.3 FUNCIONAMIENTO

El H.N.P es la única institución pública monovalente con internación en la capital de Córdoba. A la hora de definir el perfil de la institución, se lo puede caracterizar como orientado a la atención de patologías psiquiátricas de adultos, con exclusión de patologías neurológicas, toxicomanías y alcoholismos, siendo los mismos derivados para su correspondiente atención. La institución trabaja de manera conjunta con otras instituciones, como el Hospital de Día (viejo Hospital San Roque), la Casa del Joven y el Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción (García et al., 2011). En términos generales, ofrece prestaciones de guardia, internado, consultorio externo y rehabilitación.

La atención de la guardia y el internado se organizan a través de equipos interdisciplinarios, conformados por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros. Es necesario también remarcar que es un “hospital escuela”, por lo cual los equipos también están conformados por residentes y practicantes de distintas profesiones. El Equipo N.º 1, donde realicé las prácticas, estaba conformado por cuatro psiquiatras, cuatro médicos de posgrado, dos enfermeros, dos trabajadoras sociales y una psicóloga.

### 5.3.1 LA GUARDIA

Es el dispositivo de ingreso a la institución, en la que funcionan cinco equipos interdisciplinarios que cubren los días de la semana, es decir, funciona uno por día. Cada uno se encarga de atender determinada zona según el criterio policial de división de la ciudad por medio de seccionales para realizar una distribución equitativa de los pacientes que asisten. Su función es receptar a las personas y evaluar el procedimiento a seguir para cada paciente, que pueden ser trasladados a otras instituciones, internación, psicoterapia, tratamiento farmacológico ambulatorio, pedido de estudios clínicos, etc. Cabe destacar que todos los pacientes que poseen cobertura médica, incluso los que ya son usuarios del hospital y logran tener una, son derivados a centros privados.

La guardia inicia su actividad a la ocho de la mañana. Comienza con el “pase de guardia” en donde asisten los profesionales que conforman el equipo de guardia según el día de la semana, el jefe de guardia y la jefa del hospital de día. En este encuentro se despliega una síntesis de lo acontecido durante las veinticuatro horas previas, tales como: ingresos, identificación de pacientes,

diagnósticos presuntivos, datos de referencia de la familia, elementos que dejó antes de ser internado, si se trata de una derivación, externaciones, fugas, entre otros datos relevantes, los mismos se plasman sobre el “libro de pase de guardia”.

El modo de organización donde cada paciente será atendido por el profesional que corresponda a su equipo respeta la siguiente distribución:

Equipo N° 1	Seccionales 18, 21, 22, 23, 24, 25 y 2
Equipo N° 2	Seccionales 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 39 Departamentos: Calamuchita, Ischilín, Río Seco Tulumba y Sobremonte
Equipo N° 3	Seccionales 1, 15, 16, 17, 19 y 20 Departamento: Colón
Equipo N° 4	Seccionales 2, 03, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 y 37
Equipo N° 5	Seccionales 6, 7, 8, 36, 38, 40 y 41 Departamentos: San Justo, Río Primero y Totoral

### 5.3.2 El INTERNADO

Este espacio funciona dividido en dos pabellones (el de mujeres y el de hombres) con una capacidad máxima de cuarenta camas en cada uno. El abordaje es interdisciplinario con guardias de veinticuatro horas, cuenta con servicio de enfermería, psiquiatría, psicología y trabajadora social.

Dos o tres integrantes del equipo que pertenece a la guardia participan de la “revista de sala” del internado, de manera que estas dos áreas están permanentemente conectadas y trabajando en interdisciplinariedad. Además, cuenta con el espacio de “La Rampa” para el acompañamiento y rehabilitación solo para internos. Éste cuenta con diversos talleres como radio, plástica, biblioteca, entre otros.

### 5.3.3 CONSULTORIOS EXTERNOS

Este dispositivo trabaja con pacientes derivados de la guardia, así como también aquellos que han sido externados. Funcionan a través de turnos y cuenta con profesionales de todos los equipos. Cabe mencionar que en el 2019, año en el cual realice la experiencia de las prácticas, este dispositivo no funcionó hasta después de julio, debido a la crisis que atraviesa el área de salud pública en Argentina.

#### 5.3.4 AREA DE REHABILITACION

Debido a los escasos recursos con los que cuenta el Hospital, el Área de Rehabilitación solo se sostiene por una Asociación Civil llamada Abracadabra. Ésta inició sus actividades en el año 2007, como un voluntariado que brinda talleres recreativos, artístico-culturales, terapéuticos abiertos a la comunidad. A este espacio de encuentro se dirigen pacientes internados; aquellos que ya han sido dados de alta y/o continúan su tratamiento de forma ambulatoria y la comunidad. Actualmente este Área sigue trabajando conjuntamente con la asociación civil creada para apoyar la sostenibilidad de las actividades, las mismas se desarrollan en su mayor parte con trabajo voluntario y casi sin otro aporte material ni financiero que el espacio físico. La inclusión de la comunidad a los talleres promueve la salida de los pacientes a la sociedad, generando herramientas -por medio de espacios artísticos- para la vida diaria.

Cada taller tiene su propia dinámica, difieren entre ellos, pero todos tienen el objetivo de lograr producciones artísticas y colectivas, expresando la propia singularidad. Es costumbre que al finalizar cada año, los asistentes realicen una exposición de lo trabajado durante el año.

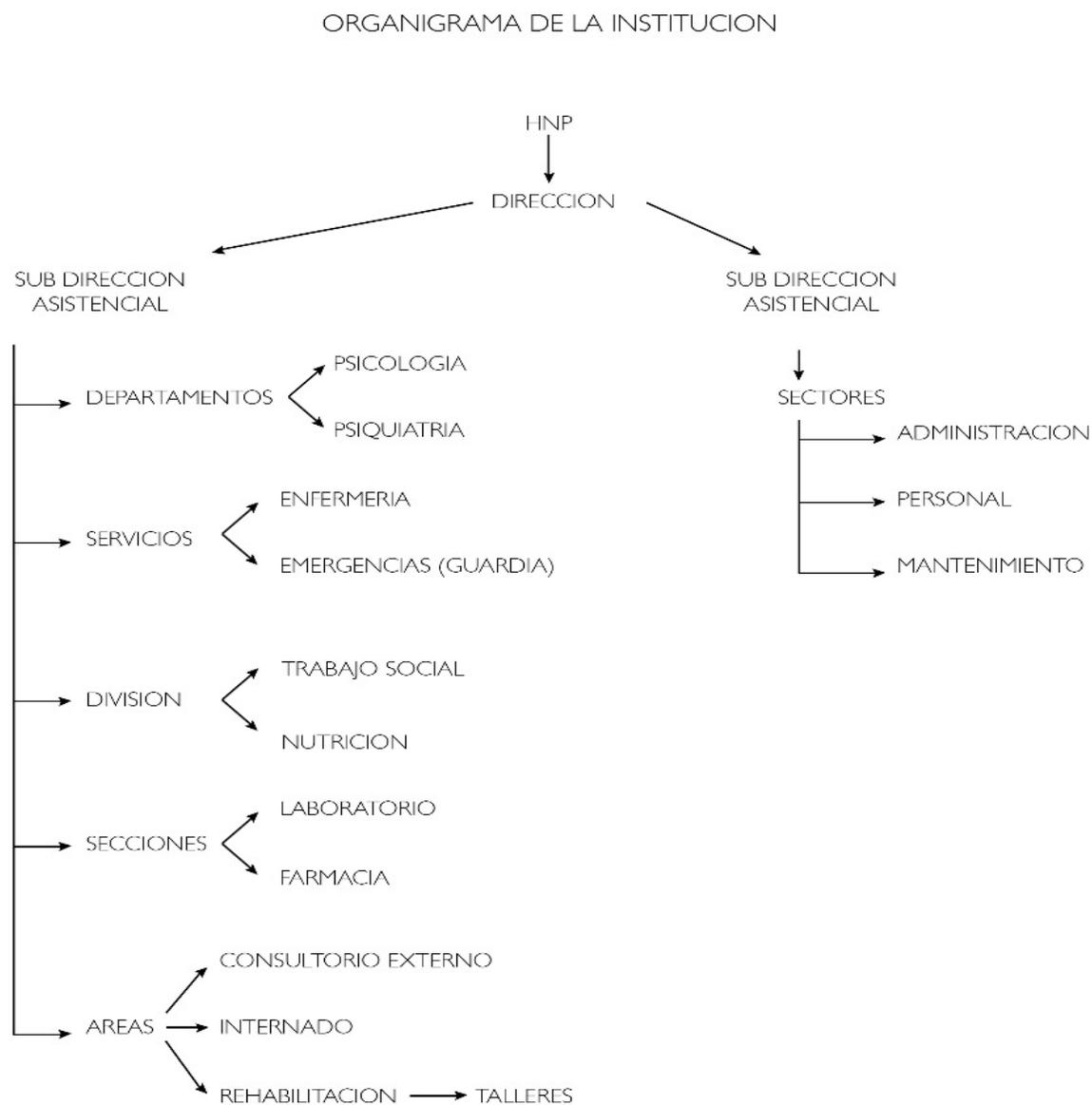
En este momento se desarrollan los talleres con las siguientes temáticas:

- Música
- Canto
- Cerámica
- Mándalas
- Gigong
- Teatro
- Biodanza
- Producción Radial
- Literatura
- Arte Textil

En este Área, como se mencionó anteriormente se dio la opción de elegir el espacio donde realizar la práctica. Antes de tomar la decisión fue importante conocer un poco de cada taller, hasta que se presentó la banda de música The Pickles o Los Pickles. A partir de los primeros encuentros, se evidencia que este no se trata de un taller, sino que surge del taller de música como un espacio con su dinámica propia. Esto se dio debido a que, pasados varios años de llevarse adelante el taller de música, en el año 2011 nace esta banda musical “The Pickles” como resultado de la presencia recurrente de ciertos asistentes, siendo la primera banda surgida de instituciones de salud mental de la provincia. Así, en el año 2016 se decide junto a los integrantes de la banda nominar al espacio como “ensayo de Los Pickles” al que solo asiste la banda.

Hoy y desde sus inicios Los Pickles se han desarrollado en interacción con otras instituciones y grupos musicales buscando enriquecer sus trayectorias como artistas, fortaleciendo y expandiendo sus redes de vinculación a través de producciones culturales.

## 5.3.5 ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCION



**Fuente:** Bibliografía consultada en Boschitari. *Función del psicólogo en atención de la Urgencia Subjetiva en la guardia de un Hospital Monovalente de la provincia de Córdoba en contexto de pandemia.* UCC. Córdoba.

## **6. EJE DE SISTEMATIZACIÓN**

*Los Modos de Nominación en un Hospital Monovalente Público de la ciudad de Córdoba*

## **7. OBJETIVOS**

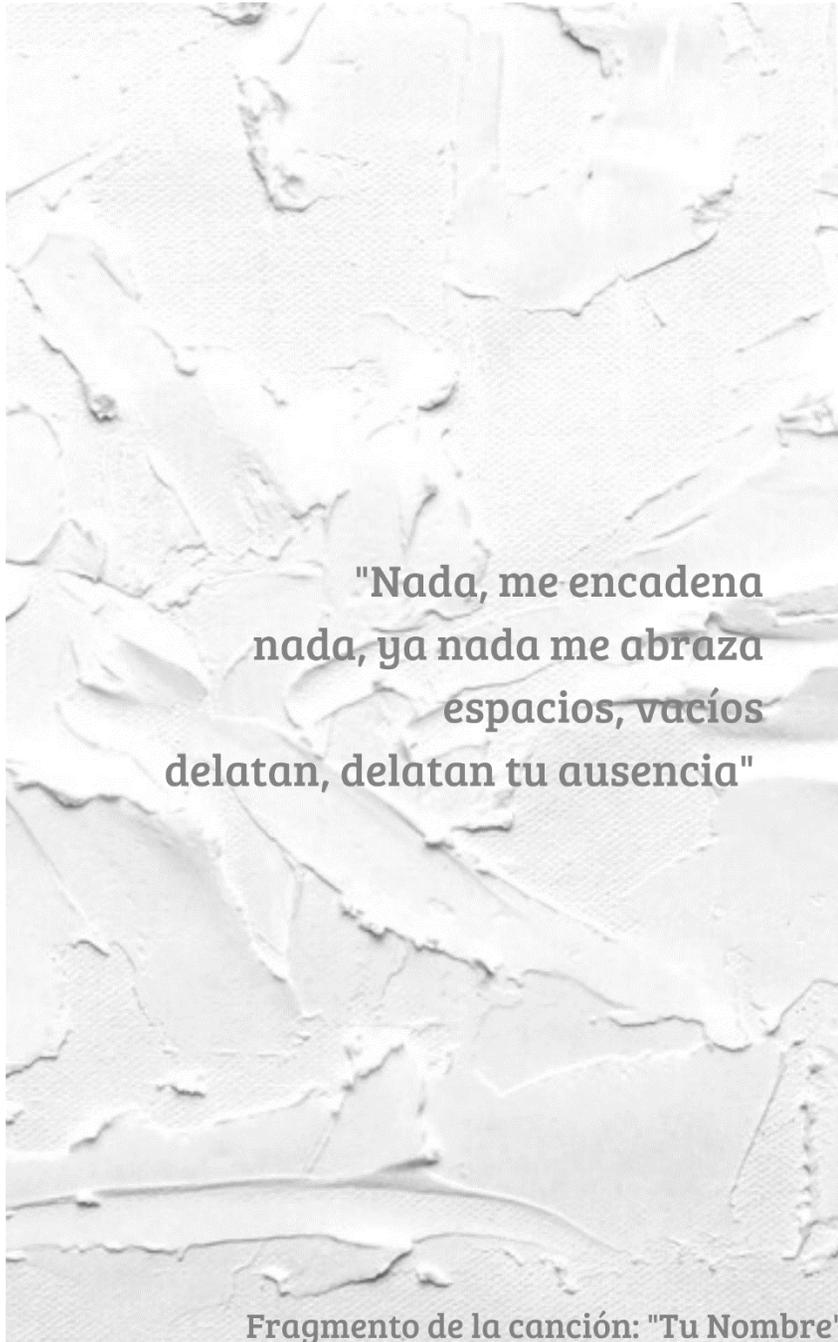
### **7.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar los modos de Nominación en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba, en el espacio de la Guardia del Equipo N°1 y en un espacio Artístico, Terapéutico y Comunitario: La Banda Musical.

## 7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer las características y particularidades del espacio de la guardia del equipo N.º 1; y de la banda musical Los Pickles.
- Analizar algunos efectos del uso de la clasificación diagnóstica en el espacio de la guardia y en de la banda musical Los Pickles.
- Describir los modos de nombrar a los usuarios en la guardia del equipo N.º 1 y en la banda musical Los Pickles.

## 8. PERSPECTIVA TEORICA



En el presente apartado, se desplegarán las concepciones que se consideran fundamentales para llevar adelante el trabajo propuesto. Los mismos, estarán abordados desde la teoría psicoanalítica.

Para comenzar, es esencial introducir la concepción de *Sujeto* en Psicoanálisis. Esta importancia radica en que la concepción de Sujeto ha sido dejada de lado en las *clasificaciones* que se presentarán posteriormente, y merece ser iluminada para ganar mayor profundidad en el análisis. A continuación, también se presentará la noción de *transferencia*, un concepto que se desprende de la concepción de sujeto y ayudará a la comprensión del objetivo de este trabajo. Por último, el presente capítulo, a través de las preguntas guías que surgen en su elaboración, concluirá hacia un punto de partida que se titula *singularidad*.

## 8.1 EL SUJETO

*Los hechos de la psicología humana no son concebibles si está ausente la función del sujeto como efecto del significante.*

**Jacques Lacan**

A modo de apertura se parte desde el primer momento lacaniano: *El inconsciente está estructurado como un lenguaje*. Como bien lo ubica Gómez (2019) este momento se abre en 1953 con el texto *Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis*.

Lacan ubica al Nombre del Padre como una función necesaria que permite al niño advenir sujeto al acceder a lo simbólico. “Nombre del Padre” es una expresión introducida por Lacan en 1953 y conceptualizada en 1956 como significante de la función paterna. Propone que es en ella donde debemos reconocer el soporte de la función simbólica. De esta manera, este significante subraya la función legislativa y prohibitiva del padre simbólico y a su vez otorga identidad al sujeto (Dor, s.f.). Es así que el sujeto se constituye en tanto dividido, no en unidad, no surge a partir de la completud, sino de su fractura. En el texto *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano*, Lacan plantea lo siguiente: “el termino decisivo es el significante” (Lacan, 2003, p. 779). En este sentido, “el sujeto no es nada antes de que la alienación significativa lo capture [o en otras palabras], no es nada antes de que un significante lo represente” (Miller, 2006, p. 177).

¿Qué es el significante?

Esta pregunta es un disparador para pensar la concepción de sujeto. En esta instancia resulta oportuno desarrollar previamente otro modo de entender la noción de significante para ofrecer un acercamiento a la de Lacan. El término *significante* es propuesto por el lingüista suizo Ferdinand de Saussure, una propuesta que luego fue recuperada en parte por Lacan. Hasta finales del siglo XIX los filósofos estaban de acuerdo en definir la lengua como expresión de pensamientos. Pero a partir de las contribuciones de de Saussure, “este fraccionamiento entre pensamiento y lenguaje se vuelve insostenible porque la lengua (...) ejerce una función articuladora” (Gómez, 2019, p.11).

De Saussure introduce el plano de la articulación y por ello va a decir que el signo lingüístico no es la unión de una cosa con un nombre, sino la vinculación de un concepto con una imagen acústica a las cuales llamará significado y significante respectivamente. Por signo entenderá de esa manera a la unión entre ambos. Por consiguiente, de Saussure define a la unidad lingüística como entidad doble, formada por dos términos unidos a través de un enlace asociativo (Gómez, 2019).

Para exponer de manera clara lo dicho, es de utilidad advertir el siguiente gráfico de de Saussure:



El signo lingüístico es una entidad de dos caras. En una, ubica el significado (el concepto), en la otra y por debajo, el significante (la imagen acústica). Las flechas indican la implicación recíproca entre el significante y el significado. Esta unión es estable y fija a nivel sincrónico y conforma una unidad indisoluble. Por eso está encerrada en una elipse. Esta noción de signo tiene más bien en cuenta el significado y excluye la posibilidad de que el significante cobre estatuto propio. (De Saussure, 1976) citado en (Gómez, 2019, p. 12)

Por su parte, Lacan desarma e invierte el algoritmo de de Saussure correspondiente al signo lingüístico, y esquematiza la escritura del significante a través de una S mayúscula. Es así que Lacan manifiesta esta tesis a partir del principio de la metáfora, que “consiste en designar algo a través del nombre de otra cosa. Se trata, entonces (...) de una *sustitución significativa*” (Dor, s.f., p. 54). A partir de esto define las leyes del significante, como bien expresa Gudiño (2020), Lacan:

Coloca como unidad mínima al menos dos significantes para formar una cadena, es decir, el significante se estructura como articulado; una vez conformada esta unidad mínima podemos contar con dos propiedades de la cadena; una, “la metonimia”, deslizamiento y conexión de significantes; otra, “la metáfora”, sustitución de un significante por otro. (p. 15)

La inversión de Lacan resultaría entonces de la siguiente manera:

$$\frac{S}{s}$$

El carácter de esta sustitución significante surge cuando los significados sacan su propia coherencia de la red de significantes. Esto demuestra la autonomía del significante con respecto al significado y, por consiguiente, la tesis de Lacan acerca de la supremacía del significante. Entonces, el concepto que se adecúa bien a la definición de significante es: “la de no significar nada, gracias a lo cual es capaz de dar en cualquier momento significaciones diversas” (Lacan 2015, pp. 270-271). Y el lenguaje, a diferencia de Saussure, para Lacan no está compuesto de signos sino de significantes, por eso invierte la relación y ubica al significante por sobre el significado.

A partir de este pequeño recorrido por el significante y sus leyes se puede ver como en este primer momento de Lacan *El inconsciente está estructurado como un lenguaje*. Se advierte, entonces, que el lenguaje ocupa un lugar central en su abordaje del sujeto, un concepto que exige ser trabajado.

Lacan sostiene que el sujeto es un sujeto del lenguaje ¿Qué nos quiere decir Lacan con ello? Miller (2010) señala que el sujeto en la clínica es un sujeto de derecho, un sujeto que establece su posición con relación al derecho. Entonces, no se trata de hecho, y sí de símbolo. Esto es: “lo esencial es lo que el paciente dice” (p. 38). Respecto a la estructura del lenguaje, Lacan distingue el sujeto del enunciado y el sujeto de la enunciación. Esquemáticamente, el enunciado remite a un texto, oral o escrito; en cambio la enunciación a las condiciones de producción del enunciado y no al texto que es producido. En otras palabras, es la posición que aquel que enuncia toma con relación al enunciado, es “el acto individual de apropiación de la lengua que introduce al que habla en su habla” (Braunstein, 2008, p. 136).

Lacan apunta que la unidad ya no es el signo, sino la cadena significante que engendra un efecto de sentido, por eso el significado se desliza bajo el significante y la relación entre ambos es extremadamente inestable. Sin embargo, va a decir que es necesario que haya puntos de fijación, de abrochamiento entre ambos, y a esto lo denomina punto de *capitoné*. Estos son los lugares, como bien lo explica Gómez (2019), “donde la aguja del colchonero ha trabajado para impedir que el relleno se mueva libremente” (p. 13). Es en estos puntos donde se atan entre sí significante y significado, se necesita un mínimo de estos puntos para que el resultado no sea una psicosis.

De esta manera, la función simbólica resulta una encrucijada estructural de importantes consecuencias. Cuando lo simbólico produce sus efectos, el niño accede a dicho plano y desde allí

podemos pensar el campo de la Neurosis. Pero, ¿qué ocurre cuando la función simbólica no logra operar? El fracaso de la metáfora paterna sería la causa de la manifestación de la psicosis, en sus distintas fenomenologías (Dor, s.f.).

Para precisar los procesos psíquicos de la psicosis es válido recuperar a Lacan (2003):

Es la falta del Nombre del Padre en ese lugar la que, por el agujero que abre en el significado, inicia la cascada de los retoques del significante de donde procede el desastre creciente de lo imaginario, hasta que se alcance el nivel en que el significante y significado se estabilizan en la metáfora delirante. (p. 559)

De acuerdo a las reflexiones freudianas, Lacan traduce la “Verwerfung” por “forclusión<sup>2</sup>”, significante que nombra el no ingreso de la función paterna estructurante del sujeto. Esto quiere decir que, el Nombre del Padre esta forcluido del campo del Otro, por lo tanto, la metáfora paterna fracasa y el acceso del niño a lo simbólico está impedido: esta es la condición esencial de la psicosis (Dor, s.f.).

A partir de la fenomenología que presenta esta clínica, Miller (2010) ubica a los “fenómenos elementales” como fenómenos psicóticos que pueden existir antes del delirio, incluso antes del desencadenamiento de una psicosis. En este sentido, manifiesta que “a veces no existen actualmente en el paciente, sin embargo, pueden haber tenido lugar en su pasado, y aparecen solo una vez en su recuerdo” (p. 24). Para Miller (2010) estos fenómenos constituyen una firma clínica de la psicosis:

a) *Fenómenos del automatismo mental*: son la irrupción de voces, del discurso de otros. Son muy evidentes cuando la psicosis ya se desencadenó, pero pueden estar presente silenciosamente durante años con apenas una o dos irrupciones en la infancia o en la adolescencia, quedando más tarde encubierto.

---

<sup>2</sup> En el Diccionario de Psicoanálisis, el término “forclusión”, concepto elaborado por Jacques Lacan alude al mecanismo específico de la psicosis por el cual se produce el *rechazo* de un significante fundamental, expulsado afuera del universo simbólico del sujeto. Cuando se produce este rechazo el significante esta forcluido.

b) *Fenómenos que conciernen al cuerpo*: aparecen como fenómenos de descomposición, de despedazamiento, de separación, de extrañeza con relación al propio cuerpo. Y también, distorsión temporal, distorsión de la percepción del tiempo o de dislocamiento espacial.

c) *Fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad*, por ejemplo, el testimonio de experiencias inefables, inexplicables o experiencias de certeza absoluta y, más aún, con respecto a la identidad, la hostilidad de un extraño o, expresiones de sentido o significación personal.

Asimismo, ¿qué recubre el término psicosis en el ámbito psiquiátrico?

Para responder este interrogante cabe retomar lo escrito en el apartado “Contextualización en torno a la construcción histórica de la salud mental”, en donde se desarrolla un breve recorrido de las concepciones del padecimiento psíquico. Éste comienza con el paradigma de la medicina del siglo XVIII. Pinel al hablar de padecimiento psíquico lo nombra como alienación mental, lo sitúa dentro de la medicina definiéndolo como una enfermedad, pero enfermedad diferente de todas las que ocupaban entonces la atención de la medicina. Considera necesario que ésta se incluya dentro de este campo para que los “alienados” dependan de los médicos y escapen del poder de la policía, de los procuradores y de los jueces. Propone como modalidad terapéutica para los “alienados” el *tratamiento moral de la locura*; un punto primordial de éste es disponer una dirección general con autoridad, para lograr la imposición y el mantenimiento de la razón (Georges Lantéri, 2000).

Al utilizar el vocablo “locura”, Pinel plantea que la misma no está excluida del ámbito médico. Aísla en el interior de la locura algunos aspectos sintomáticos particulares: un razonamiento parcialmente erróneo, melancolía, desconexión de ideas, con un flujo rápido de una serie de pensamiento a otra, un tono agresivo con ataques de ira y de violencia, delirio general originado por la manía y, por último, irregularidades y fallos universales en las operaciones del entendimiento (Georges Lantéri, 2000).

Hacia finales del siglo XIX, esta función de paradigma de la alienación mental se desdibuja progresivamente en beneficio de las enfermedades mentales. A partir de este segundo paradigma, las enfermedades corresponden siempre a un trastorno del equilibrio de los humores y la salud. La medicina elabora una semiología y una anatomía patológica. Parten de una clínica objetiva, precisa y estandarizada. Más adelante, este paradigma también entra en crisis siendo sustituido por el de las estructuras psicopatológicas (Georges Lantéri, 2000).

La observación y la descripción de los síntomas, evolución y otras características de las enfermedades llevaron a obtener clasificaciones de éstas. Hasta la actualidad, es importante mencionar que las mismas están en continuo cambio. Luego de la Segunda Guerra Mundial nace el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) al igual que la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). En este trabajo se toma la cuarta edición del DSM, editada por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (1995) para pensar a la psicosis en la psiquiatría. En este manual se encuentra un capítulo llamado “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”. Allí el término psicosis “se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad” (Georges Lantéri, 2000, p. 279). En esta sección clasifica distintos trastornos poniendo énfasis en diferentes aspectos de las varias definiciones del término psicosis, esto es: a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico.

### 8.1.1 LA CAUSACION DEL SUJETO

Habiendo realizado un breve acercamiento al concepto de *significante* en Lacan, el cual desembocó en la concepción de la psicosis, resulta pertinente ahora retomar la concepción de sujeto en psicoanálisis, en lo que puede considerarse como un segundo momento en la enseñanza lacaniana. Se parte del seminario *Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*, donde pone el acento en las operaciones *alienación* y *separación* para hablar de la constitución del sujeto en su dependencia significativa respecto del lugar del Otro. Cada una de ellas dará cuenta de la particular relación entre el sujeto con el Otro. A su vez, en su escrito *Posición del Inconsciente*,

habla sobre la causación del sujeto y señala que la causación emerge de estas dos operaciones mencionadas.

En el comienzo de este trabajo se mencionó el término *alineación*, citado por Pinel. Es necesario aclarar que el concepto lacaniano dista mucho de ser equivalente a las tradiciones psiquiátricas y filosóficas.

Lacan (2017) enuncia en este seminario lo siguiente: “un significante es aquello que representa a un sujeto para otro significante” (p. 215). Esta fórmula axiomática responde a la pregunta “¿qué es el sujeto?”, entonces se podría responder ahora que el sujeto será representado por un significante para otro significante. Desde esta fórmula, que se sostendrá hasta el fin de su enseñanza, se pueden leer a las dos operaciones mencionadas. Para ello se tomará a Muñoz (2011) quien refiere a *la alienación* en la medida en que el sujeto ha de pasar por los significantes del Otro, no hay sujeto sin Otro, y el sujeto no es ninguno de esos significantes del Otro. Es decir, “el sujeto no es sin los significantes del Otro (alienación), a la vez que no es ningún significante del Otro (separación)” (p. 103).

Volviendo al seminario, Lacan (2017) usa como brújula orientadora para la lectura de estas dos operaciones lo siguiente: “puse el acento en la repartición que constituyo al oponer, en lo que toca a la entrada del inconsciente, los dos campos del sujeto y del Otro” (p. 211). A partir de este punto guía sobre el campo del Otro surgen las preguntas: ¿Es posible un sujeto sin el Otro? ¿Qué del Otro se pone en juego para la constitución del sujeto?

En relación a lo dicho por Lacan, se toma la siguiente cita de Miller (2018) que podría servir como coordinada a lo que se intenta trabajar en este apartado:

La inscripción del sujeto en el significante no basta para terminar la causación de los sujetos. También hace falta otra operación que no concierne al significante sino por el hecho de que el sujeto se excluye de él. Hacen falta las dos operaciones – la segunda cierra la primera–. (p. 261)

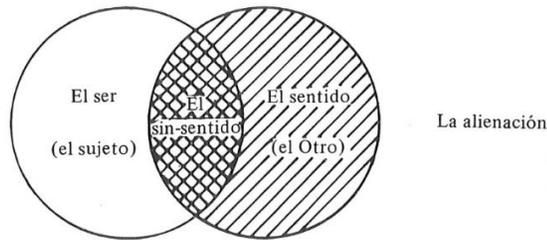
Al hablar de la primera operación esencial que funda al sujeto, *la alienación* “consiste en ese *vel* que condena (...) al sujeto a solo aparecer en esa división (...) [:] si aparece de un lado como sentido producido por el significante, del otro aparece como *afánisis* (Lacan, 2017, p. 218). Lacan expresa que la *afánisis* debe situarse de manera más radical en el nivel del movimiento de desaparición. Para entender este concepto, se cita lo siguiente: “El significante con el que se designa al mismo significante no es, por supuesto, el mismo significante con que se designa al otro” (p. 218). De lo dicho surge la pregunta: ¿Sólo hay sujeto si aparece de un lado como sentido producido por el significante?

Asimismo, se toma a Muñoz (2011) para desarrollar lo que Lacan evoca de la lógica simbólica para distinguir el alcance de la operación denominada reunión:

La reunión consiste en una operación lógica entre dos conjuntos de elementos que implica considerar la pertenencia de esos elementos a cada conjunto. Veamos: si contamos con dos conjuntos de letras cada uno con tres elementos,  $A = \{a, b, c\}$  y  $B = \{c, d, e\}$ , en la suma la operatoria es  $3+3=6$ , mientras que en la reunión debemos tener en cuenta que hay un elemento que pertenece a ambos conjuntos  $\{c\}$ , y que por lo tanto, la reunión de ambos conjuntos resulta  $A \cup B = \{a, b, c, d, e\}$ , es decir un total de 5 elementos. (p. 103)

Así, Lacan (2017) evoca esta operación para indicar que el *vel* de alienación se apoya exclusivamente en la forma lógica de la reunión: “El *vel* de la alienación se define por una elección cuyas propiedades depende de que en la reunión uno de los elementos, sea cual fuere la elección, su consecuencia sea un *ni lo uno ni lo otro*” (p. 219). Luego va a ilustrar esto con el ser del sujeto, el que está aquí del lado del sentido:

Si escogemos el ser, el sujeto desaparece, se nos escapa, cae en el sin-sentido; si escogemos el sentido, éste sólo subsiste cercenado de esa porción de sin-sentido que, hablando estrictamente, constituye, en la realización del sujeto, el inconsciente. En otros términos, la índole de este sentido tal como emerge en el campo del Otro es la de ser eclipsado, en gran parte de su campo, por la desaparición del ser, inducida por la propia función del significante. (p. 219)



Por lo tanto, se podría decir que en el mismo movimiento se produce el surgimiento del sujeto y su borramiento, puesto que está representado por ese significante, es decir, se vuelve tributario de otro significante que podrá dar sentido al primero (Miller, 2018). Ahora bien, si el sujeto no tiene ni ser (S1) ni sentido (S2) se puede afirmar la fórmula de Lacan, esto es que el sujeto es representado por un significante para otro significante, en tanto que entre significantes se encuentra la representación del sujeto.

Dicho esto, se introduce a la segunda operación, “esta operación lleva a su término la circularidad de la relación del sujeto con el Otro, pero en ella se demuestra una torsión esencial” (Lacan, 2017, p. 221).

Mientras que en el primer tiempo se basa en la sub-estructura de la reunión, el segundo se basa en la sub-estructura denominada intersección o producto. Se sitúa justamente en esa misma lúnula donde encontrarán la forma de la hiancia, del borde. (Lacan, 2017, p. 221)

Entonces, “la intersección de dos conjuntos está constituida por los elementos que pertenecen a los dos conjuntos” (Lacan, 2017, p. 221). Esta noción de intersección tiene su utilidad, con ella trata de mostrar como surge la superposición de dos faltas: “El sujeto encuentra una falta en el Otro, en la propia intimación que ejerce sobre él el Otro con su discurso” (p. 222).

La *separación* surge de la superposición de dos faltas, es el resultado de la intersección de la falta del conjunto del sujeto con la falta del conjunto del Otro. Con esta nueva y fundamental operación lógica Lacan recalca dos elementos: la no reciprocidad y la torsión en el retorno, en el cual el sujeto vuelve al punto inicial, el de su falta como tal. El sujeto encuentra el camino de regreso del *vel* de la *alienación* en la operación que denominó *separación*. En este sentido, como bien lo expresa Muñoz (2011), *la separación* rescata al sujeto del efecto letal del significante.

En esta segunda operación, que se funda sobre la intersección de dos faltas, lo que está en juego es el intervalo, la distancia entre los significantes donde juega, por un lado el enigma de la pregunta por el deseo del Otro y, por otro lado la carencia en la respuesta desde el campo del Otro, en tanto que se formula como imposible de responder a todo. Así se podrá afirmar que en la *separación* se trata de una pregunta dirigida no al Otro como tesoro de significantes, como en la *alienación*, sino al Otro del deseo (Muñoz, 2011).

Lacan (2017) enfatiza la importancia de definir esta segunda operación como la primera, ya que en ella se asoma el campo de la transferencia. En efecto, viene a nuestro encuentro este concepto de *transferencia*, que exige detenerse en él en tanto que funda el psicoanálisis mismo.

## 8.2 TRANSFERENCIA

En el diccionario de la lengua española, se encuentra el concepto de transferencia definido como: traducción, transcripción, desplazamiento de un punto a otro. Sigmund Freud, por su parte, lo introduce entre 1900 y 1909 en el campo psicoanalítico en su acepción alemana como *Übertragung*.

Este fenómeno, en sentido psicoanalítico, inicialmente fue considerado como la repetición de una relación original, una especie de transcripción o traducción de un texto original. La palabra aparece por primera vez en el texto *Psicoterapia de la histeria*, aunque no está conceptualizada (Miller, 2017).

Es en la ciencia de los sueños donde encontramos el término conceptualizado. Allí Freud explica como el sueño se apodera de los restos diurnos para montarlos con un valor distinto, con una significación distinta a la del momento de su primera emergencia (Miller, 2017). Esta es, como señala Miller (2017), la primera transferencia freudiana: transferencia de sentido, de desplazamiento, de utilización por el deseo de formas muy ajenas a él de las cuales se apodera, a las que carga, infiltra y dota de una nueva significación” (p. 63). Esto es muy importante, aunque luego este término tome un significado mucho más especializado en Freud. Se trata aquí de los disfraces del deseo, apoderándose de formas separadas de su significación primera, “estas formas son significantes a los cuales el deseo proporciona un significado diferente y nuevo” (p. 64). En este sentido, se puede decir que la primera transferencia freudiana es el proceso general de las formaciones del inconsciente.

A partir del caso Dora, señala Miller (2017), emerge la significación precisa de la transferencia: “se produce cuando el deseo se aferra a un elemento muy particular que es la persona del terapeuta” (p. 64). Y agrega que, esta persona no es exactamente una persona, es más bien el significante del analista antes que su persona, en otras palabras, “el enganche se hace mucho más a un significante que a una persona” (p. 66). Se puede ver ya que esta concepción implica que no hay exterioridad del analista al inconsciente. Esto es lo que Freud ya nos está diciendo cuando explica que el analista como significante forma parte de la economía psíquica. Miller (2017) remarca que es éste el descubrimiento de la transferencia, es decir, “hay un lugar en la ‘economía psíquica’ que el analista viene a ocupar (...) el psicoanalista es una formación del inconsciente” (p. 66).

Jacques Lacan pone en el fundamento de la transferencia una función inédita en Freud, la del sujeto supuesto al saber (SsS). ¿De qué se trata esta función? Miller (2017) toma una frase de Lacan que servirá de punto de referencia para entender esta función: “el sujeto supuesto al saber es para nosotros el pivote con respecto al cual se articula todo lo que tiene que ver con la transferencia” (p. 60). Se podrá ver también con el SsS en qué sentido el psicoanalista y su discurso forman parte del inconsciente mismo.

Ahora bien, ¿qué es lo que Lacan trata de decir cuando pone en el fundamento de la transferencia al SsS? ¿Es por ello que lo señala como “el pivote” en torno al cual giran los efectos de la transferencia?

Miller (2017) expresa que Lacan funda la transferencia como una consecuencia inmediata del procedimiento freudiano, es decir, como una consecuencia inmediata de la regla fundamental del psicoanálisis: el principio puesto al comienzo por el analista, que tiene que ver con esa invitación que se hace al paciente de decir todo, de hablar. Así, el SsS en el sentido de Lacan es una consecuencia directa de este procedimiento. No se trata entonces de pensar que el SsS se encarna en la presencia física del analista y de suponer que le atribuye el saber. Miller (2017) advierte que esto puede ocurrir, pero hay que tener cuidado de no estar en presencia de una psicosis.

Hay psicosis desencadenadas por la experiencia analítica, a partir de lo cual efectivamente, allí la transferencia funciona. Funciona, de algún modo, en estado puro. El paciente está convencido de que el analista conoce sus pensamientos e incluso que los fomenta en su cabeza. Eso, más o menos, es lo que le ocurrió, a Schreber en su transferencia con el profesor Flehming. La psicosis en tanto provocada por el psicoanálisis nos hace ver, en estado puro, la emergencia del sujeto supuesto al saber en una forma aterradora, puesto que el terapeuta se convierte en el otro emisor de los propios pensamientos del sujeto. (Miller, 2017, p. 77)

Entonces, teniendo en cuenta lo que advierte Miller, cabe preguntarse ¿cómo pensar a la transferencia en la psicosis? Para desarrollar este punto, primero se retoman los interrogantes anteriores que darán lugar a una posible respuesta a esta última pregunta.

Por lo dicho, la teoría del SsS sitúa a la transferencia como la consecuencia inmediata de la estructura de la situación analítica, que coloca al analista en posición de oyente. Aquí se retoma un punto en el que Lacan nunca cesó de insistir, como bien alude Miller (2017): “el oyente, su respuesta, su aval, su interpretación, deciden el sentido de lo que es dicho y, aún más (...) la identidad misma de quien habla” (p. 80). Por lo tanto, se coloca al analista en el eje del significado y al mismo tiempo como aquel a quien se dirige el significante, en tanto es quien, retroactivamente, decide acerca de la significación de lo que le es dirigido. Esto es, el “analista que funciona como el sujeto que se supone sabe el sentido” (p. 82). Así, se puede ver también con el SsS en qué sentido el psicoanalista y su discurso forman parte del inconsciente mismo.

Para Lacan hay apertura a la transferencia que, en cierto modo inaugura la relación analítica misma, por el hecho único de que el paciente se coloca en la posición de entregarse a la asociación libre (Miller, 2017, p. 81). En otras palabras:

Se coloca en la posición de buscar la verdad sobre sí mismo, sobre su identidad, sobre su verdadero deseo. ¿Dónde la busca? La busca, dice Lacan, al cabo de su palabra y el cabo de su palabra está allí, en el analista en tanto que gran Otro, oyente fundamental que decide la significación y por ello su silencio es tan esencial, su silencio que deja sitio al despliegue de la palabra y que no debe precipitarse a satisfacer la demanda del paciente, que es la demanda de ¿Quién soy? ¿Cuál es mi deseo? ¿Qué quiero verdaderamente? (Miller, 2017, p. 81)

A partir de lo expuesto, la pregunta se desvía hacia cual es la función del SsS, y a qué refiere cuando habla de un saber supuesto. Más aún, se trata de la pregunta sobre qué relación tiene con la concepción del gran Otro. Miller (2017) nos dice que para aprehender este término es necesario tener en cuenta su célula básica:

El término mismo de inconsciente corresponde a esta idea, es que el saber que va a elaborarse en la experiencia analítica en un sentido ya está allí, el término mismo de inconsciente remite a ese ya allí de la red de significantes. A partir de allí se funda la demanda del paciente. El diagnóstico es una función esencialmente médica, una función psiquiátrica, mientras que la experiencia analítica sólo es posible sobre el telón de fondo de la suspensión del diagnóstico (...). Desde este punto de vista,

hay un desvanecimiento del saber ya constituido necesario para que comience de modo auténtico la experiencia analítica, lo que muestra que el psicoanalista no debe dejarse engañar por este efecto de sujeto supuesto al saber intrínseco a la experiencia analítica (...). El psicoanalista no debe identificarse al sujeto supuesto saber: el sujeto supuesto al saber es un efecto de la estructura de la situación analítica, lo cual es muy distinto a identificarse a esta posición. (p.82)

Una vez plantada esta breve aproximación a cuestiones fundamentales para entender este concepto que recorre toda la obra freudiana y lacaniana, se puede ubicar en la enseñanza de Lacan otros modos de transferencia, Levy Yeyati (2006) sitúa la “transferencia salvaje”, ésta ocurre cuando su direccionalidad al Otro es manifiesta, pero no así su demanda de interpretación:

El término “transferencia salvaje” (...), debería oponerse al concepto de transferencia como “inmixión del tiempo de saber” (...), lo que permitiría que un sujeto, al identificarse a su deseo, disminuya su tendencia al acting, o sus inhibiciones situándose mejor en su acto. (p.119)

Como se ha mostrado, se pueden advertir dificultades con las que se tropieza en el manejo de la transferencia. Freud formula el *principio de abstinencia* como un principio soberano de la cura analítica, con él la indicación es de abstenerse a corresponder la satisfacción pulsional procurada por el paciente; llamó a esto como la “actividad del analista”. En Lacan lo encontramos como un “no-actuar” que no es pasivo (Otaegui, 2016). Desde aquí, se retoma la pregunta acerca de cómo pensar a la transferencia en la psicosis. Canedo et al. (2006) en una entrevista a Vicente Palomera, subrayan el cuidado y la justeza que debe tener el psicoanalista en cuanto al lugar que va a ocupar frente al sujeto psicótico. Esto se puede relacionar con el principio de abstinencia que Freud formula, y el no- actuar de Lacan, pero “un ‘no-actuar’ que no es pasivo”, esta no pasividad insiste en pensar qué lugar o lugares puede ocupar el psicoanalista en la estructura cuando hablamos de tratamiento de la psicosis. Canedo et al. (2006) proponen un lugar posible:

Se trata de ocupar un lugar de semejante para acompañarlo, pero tampoco basta con acompañar puesto que del psicoanalista se espera algo más. Se espera una maniobra que ayude en la construcción de aquella ficción en la que el goce en exceso encuentre un sentido y una legitimización en el fantasma que permita un anudamiento del cuerpo, del goce y del lenguaje (...). El analista puede operar a partir [de] (...) un semejante que será el partenaire de las elaboraciones espontáneas del sujeto, incluyendo eventualmente los efectos de creación. (p. 78)

En relación a la clínica con la psicosis, Canedo et al. (2006) agrega que es un “trabajo de traducción” es otro modo de decir que el tratamiento es en verdad una conversación, una conversación que supone un trabajo de nominación, “consiste en crear una conversación que le permite al sujeto nombrar aquello que excede a la significación” (p. 80). Y por último agregan lo que Vicente Palomera precisa en su libro *Pioneros de la psicosis*, allí en lugar de hablar de transferencia *Übertragung* sobre el analista en la psicosis, habla de *Eintragung*- inscripción, lo que requiere la abstención del analista que subrayan tanto Freud como Lacan.

Siguiendo en esta línea, se propone como una maniobra la herramienta de dispositivo. Esta noción es entendida de acuerdo a la concepción de Michel Foucault: “El dispositivo es la red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos” (Castro, s.f., p. 148). A su vez esta noción es enriquecida por la propuesta de Cucagna (2004) en relación al dispositivo grupal. La autora introduce este instrumento haciendo una distinción entre grupo y masa:

Desde Freud en la masa se produce un eclipse del sujeto bajo una insignia, en el cual se exalta vía la identificación el poder ideal de un líder. En la masa, se reencarna en la mirada sugestiva del jefe, la mirada del padre totémico. Esa *mirada absoluta* produce la ilusión del ser hacer Uno con el Otro (...). El pequeño grupo, contrariamente a la masa, puede garantizar la existencia de la particular. Su lógica interna (...) es la de la diferencia, del no-todo, del Uno no sin el Otro. (P. 3)

A partir de este acercamiento al concepto de transferencia resulta necesario continuar con el abordaje del uso de las clasificaciones diagnósticas en la clínica.

## 8.3 EL USO DE LAS CLASIFICACIONES DIAGNOSTICAS

### 8.3.1 LA UNIVERSALIDAD

Como punto de partida cabe considerar en que consiste la acción misma de clasificar, para ello se cita a Yellati (2013) para quien:

Clasificar es una operación necesaria, es la introducción de un orden simbólico en lo real concebido como naturaleza. Es la suposición de que en ese real hay un saber; la clasificación es un modo de precisarlo. (p.48)

Siguiendo en esta línea, vale considerar el trabajo que hace el filósofo Ian Hacking (2001) sobre las clasificaciones que la ciencia hace y enfatiza una diferencia fundamental entre las clasificaciones en ciencias naturales y sociales: “las clasificaciones de las ciencias sociales son interactivas, hay interacciones conscientes entre clase y persona. Las clasificaciones y conceptos de las ciencias naturales no lo son, acá no hay interacciones del mismo tipo” (p. 65). A partir de determinado momento histórico, cuando la psiquiatría se propuso ser una rama de la medicina, las enfermedades mentales fueron concebidas como naturales, por lo tanto, exigieron ser clasificadas. Pero sabemos que estas no se tratan de especies vegetales y animales que tienen que ocupar su lugar en un cuadro. Como bien lo menciona Hacking anteriormente, hay una diferencia fundamental.

En el discurso psicoanalítico Miller (2001) menciona a las clasificaciones diagnósticas como un artificialismo que conforman clases artificiosas, en donde el individuo se encuentra apartado, precisamente, porque existe este artificialismo de las clases. Subraya, además que “lo universal de la clase, de cualquier clase, nunca está completamente presente en un individuo” (p. 7). Esto es lo que se mencionó anteriormente respecto a que las clasificaciones dejan de lado al sujeto.

Siguiendo con el autor mencionado, este déficit de toda clase universal en un individuo es el rasgo que hace que justamente este sea un Sujeto, en tanto que nunca es ejemplar perfecto: “hay sujeto cada vez que el individuo se aparta de la especie, del género, de lo general, lo universal” (p. 9). Miller (2001) considera que en la clínica hay que recortar cuando utilizamos nuestras categorías y clases, no para descartarlas, sino para poder manejarlas sabiendo de su carácter pragmático, artificial. De modo que, se trata de “no aplastar al sujeto con las clases que utilizamos” (p. 9).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) surge con el objetivo de intercambiar información, determinar diagnósticos y decidir tratamientos. Pero existen consecuencias marcadas por la época, la conjunción capitalismo-ciencia, lo que ha sido resaltado más de una vez. Este Manual es ampliamente utilizado en las instituciones hospitalarias. Estos espacios son considerados por Miller (1998) como “una clínica de observación” (p. 162). El Hospital está constituido por profesionales, en su mayoría por psiquiatras, que observan, describen, clasifican y dan nombres.

En este contexto, las clasificaciones han crecido exponencialmente en los últimos años. Hay un empuje a formar clases clínicas. La diversidad de la clínica (ya sea psiquiátrica, psicológica, comportamental, etcétera) nos propone una variedad de clasificaciones que parten de un elemento común: el sufrimiento de quien realiza una determinada demanda. Así, el discurso de la ciencia opera sobre esas demandas, las transforma en un dato objetivo y las hace entrar en el registro de las estadísticas, para determinar patrones de conducta que serán considerados adaptados o no (Laurent, 2013).

Siguiendo en esta línea, Laurent (2019) denomina “el bucle de justificación de los diagnósticos mediante el psicotrópico” (p. 83) a la forma en que la industria farmacológica opera sobre la demanda en la clínica. Es posible afirmar que este se trata de un modo en que la ciencia opera sobre la demanda. En este dinamismo, el modelo de acción de los psicotrópicos quedo fijado

al marketing farmacéutico en función de su acción sobre los neurotransmisores, y como resultado se produce una relación biyectiva<sup>3</sup> entre diagnóstico y tratamiento. Esto quiere decir que, cada diagnóstico se define a partir del fármaco, por ejemplo “la depresión se cura con antidepresivos”. De este modo, se habría producido un saber sobre la solución química de la depresión, dejando de lado lo subjetivo.

Dicho esto, surge la pregunta ¿Qué es lo que empuja a la clínica generalizante? Para pensar acerca de esta pregunta, a continuación, se desarrollarán algunas características del espacio de la guardia en un hospital.

Levy Yeyati (2006) reflexiona sobre la temporalidad de la consulta en la guardia, indicando su característica de excepcionalidad, ya que es solo una. Es un tiempo en el que no sólo se trata de reconocer si estamos ante un caso llamado grave, sino que también se deben tomar decisiones de suma importancia para la vida de alguien. Es así que la práctica en el área de emergencia no transcurre en la “comodidad” de la diacronía de un tratamiento sostenido en el tiempo. Es importante situar también que la misma comporta un carácter de exigencias de solución de conflictos, de una solución inmediata. En consecuencia, de ello emerge lo que se denomina como la “clínica de la prisa”. ¿De qué se trata ésta clínica? La autora mencionada nombra así a la prisa por tomar una decisión, antes de que un paciente actúe o hable.

Otro aspecto a subrayar acerca de este espacio es lo que Levy Yeyati (2006) presenta como el problema del riesgo, también relacionado a la toma de una decisión, ya que se trata de tomar una decisión sobre una eventualidad que no ha acontecido. La eventualidad es el peligro mismo.

A partir de esto, puede plantearse el siguiente interrogante ¿cómo orientarse en la práctica hospitalaria?

El modo en el que una institución como el hospital organiza su obrar creando dispositivos permite concebir esquemas de acción para tratar las urgencias. El profesional puede apoyarse en tales esquemas en un sentido general. No obstante, es necesario tener en cuenta que estos esquemas de acción son útiles, pero su nivel de generalidad no alcanza a cernir los casos particulares. Para

---

<sup>3</sup> En matemáticas, una función es biyectiva si al mismo tiempo es inyectiva y sobreyectiva. Es decir, si todos los elementos del conjunto de salida tienen una imagen distinta en el conjunto de llegada, y a cada elemento del conjunto de llegada le corresponde un elemento del conjunto de salida.

tomar una decisión en las urgencias, es necesario el saber general y probabilístico, pero sin dejar de considerar la posición subjetiva (Levy Yeyati, 2006).

Siguiendo en esta línea se podría tomar también a Belaga (2005) quien enfatiza la presentación del sufrimiento subjetivo que se encuentra en correspondencia con un nuevo régimen social, producto de un mundo transformado por la ciencia y la globalización económica. De esta manera expresa:

Esto ocurre porque frente al vacío subjetivo, donde ya no existe un ideal común que iguale a los sujetos, la ciencia pasa a ser un discurso que da un abrochamiento, un sentido. El discurso de la ciencia aparece como un punto de capitón, como el Nombre del Padre, avanzado en la descripción programada de cada uno de nosotros: desde la programación genética hasta la programación del entorno, pasando por el cálculo cada vez más preciso de los riesgos posibles. Lo que hace existir una causalidad determinista universal, una nueva ley en el mundo que ya no es dada por el mito del Padre edípico. (Belaga, 2005, p. 12)

Al respecto y continuando con Belaga (2005), constata como producto de este tiempo dos efectos: primero, se vive en un mundo de “incertidumbre fabricada”; y segundo, como consecuencia del fin del orden tradicional patriarcal, se verifica el fenómeno de la caída de los guiones grupales que antes orientaban y situaban al sujeto en identificaciones sociales estables. En consecuencia, a ello, “ahora el individuo tiene que hacerse cada vez más cargo de su propia definición, de reafirmarse en modos de satisfacción “autónomos” (p. 10).

A partir del recorrido por el uso de las clasificaciones diagnósticas, es decir, por lo universal de la ciencia, es de importancia pensar ahora en la singularidad, apartado que se acercara al eje propuesto.

## 8.4 SINGULARIDAD

### 8.4.1 DE LA CADENA AL NUDO

Hasta aquí en el marco teórico se trabaja desde la cadena significativa. Se podrían situar en esta línea también a las operaciones lógicas *alienación* y *separación* que tienen lugar en la constitución del sujeto. Se puede ver que a lo largo de este desarrollo la pregunta por el sujeto no ha dejado de insistir; ésta surge a partir de la entrada en el campo de la práctica y acompaña el proceso de escritura de este trabajo. Luego del recorrido acerca de este sujeto en Lacan, la pregunta surge de esta forma: cuándo fallan las operaciones de alienación y separación ¿hay sujeto?

El inicio de este recorrido teórico parte desde la primera enseñanza lacaniana *El inconsciente está estructurado como un lenguaje*. Desde ésta se emprende el análisis de la experiencia, es decir, del encuentro con la práctica. Mientras que es hacia el final de este trabajo donde surge la pregunta “¿de qué lenguaje se trata?” en la fórmula lacaniana anteriormente mencionada. Para responder a ello cito a Miller (2010) quien toma las palabras de Lacan en su seminario *Aun*:

Lacan interroga la definición del inconsciente estructurado como un lenguaje en el último capítulo de *Aun* (...) en cuya página 168 dice textualmente que ‘por eso el inconsciente (...) no puede estructurarse sino como un lenguaje, un lenguaje siempre hipotético respecto a lo que lo sostiene, a saber, al lenguaje’. (p. 19)

Siguiendo en esta línea se puede ver un significante nuevo: *lalengua*. Miller (2016) en su conferencia *Habeas corpus* sitúa lo que se podría ubicar como un viraje en Lacan del lenguaje a lalengua dado que el lenguaje es un universal de la estructura, por el contrario, lalengua siempre es particular. En otras palabras, lalengua surge detrás del lenguaje. De ahí que se pone en relación este viraje que enuncia Miller con el título *De la cadena al nudo* para dar inicio a este apartado *singularidad*.

Teniendo en cuenta la aproximación que ofrece Lacan del lenguaje, ubicándolo del lado de lo universal, es válido pensar si la nominación se situaría del lado de lo singular. En otras palabras, la pregunta guía será ¿pensar la nominación implica el pasaje de la cadena al nudo?

#### 8.4.2 UN PUNTO DE PARTIDA

Se cierra este marco teórico con un punto de partida hacia la *nominación*, encausado por la escritura de este trabajo y su práctica ya que en su desarrollo surgen preguntas que invitan a la última enseñanza de Lacan para pensar el sujeto en la clínica. La *Nominación* es el punto en torno del cual gira la última enseñanza de Lacan: “Este giro supone un recentramiento, que desplaza la referencia al Otro y pone en su lugar las respuestas de lo real, puesto que la nominación es por donde el parloteo se anuda a lo real” (Lacan, 1975) citado en (Panés, 2009, p. 3).

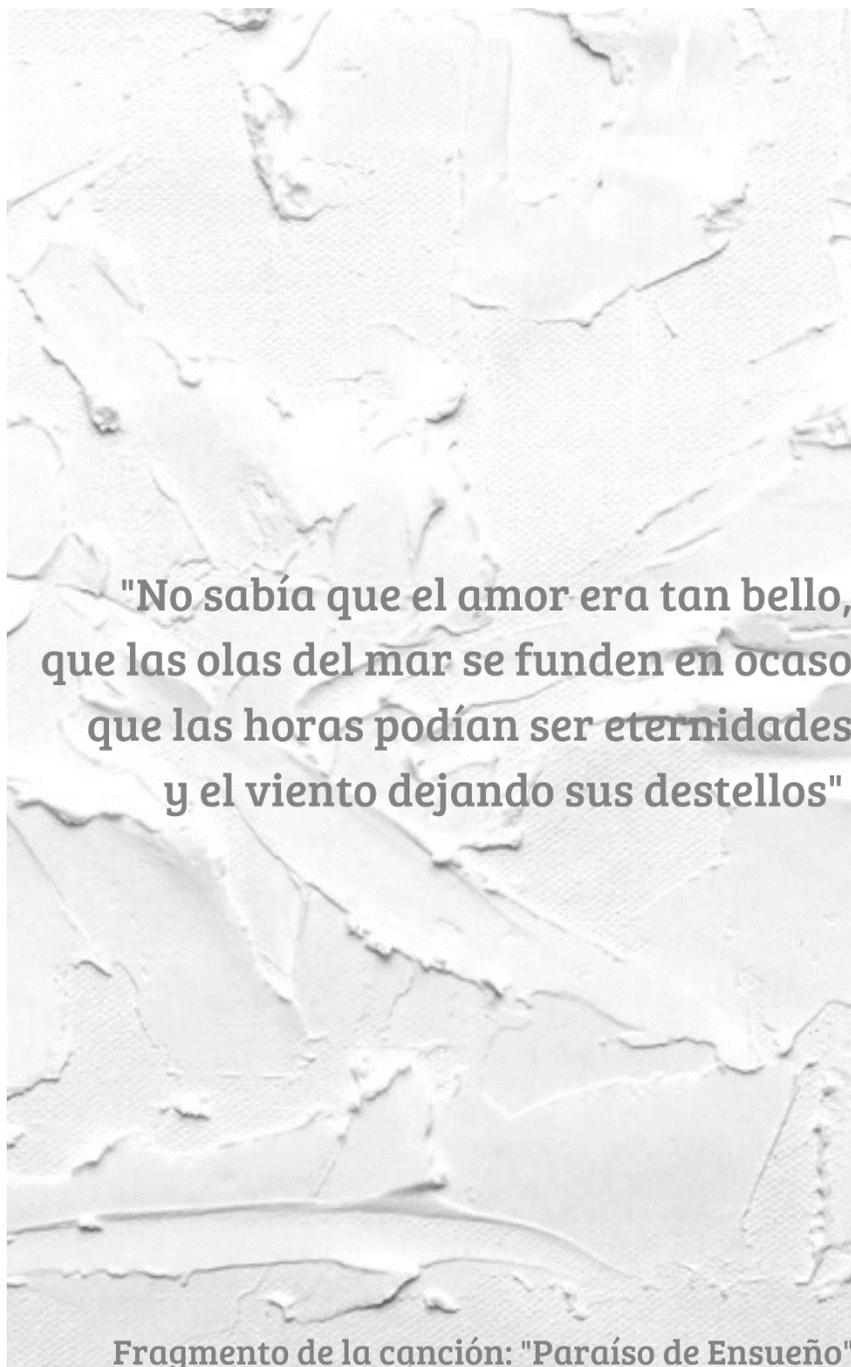
Como lo expresa Miller (2013) este punto es por cierto lo que abre el camino a lo que Lacan intentará con sus nudos y con la definición inédita que da al *sinthome*. El cambio ortográfico que Lacan realiza en *síntoma* señala un cambio de sentido: “Cabe decir que la diferencia entre síntoma

y el *sinthome* es un eco de diferencia entre el lenguaje y la lengua” (p. 19). Esto es, “el síntoma puede ser sometido al desciframiento, pero el *sinthome* no va por la vía del lenguaje sino por la lengua” (p. 19).

En palabras de Lacan citadas por Miller (2013) “el síntoma (...), se cura, pero el *sinthome* no: la cuestión es que *función* encontrarle” (p. 21). Así Lacan introduce esta noción de función que pertenece a la lógica proponiendo un uso lógico del *sinthome* que se opone a su uso de desciframiento que remite a la *verdad del síntoma* y agrega que “apuntar a la verdad del síntoma es alimentarlo” (Miller, 2013, p. 21).

Siguiendo con el autor mencionado, aborda la cuestión de la nominación distinguiendo dos usos del Nombre del Padre, que corresponden a dos momentos de la obra de Lacan. Aquí se toma al primero, ya que corresponde con la primera enseñanza (desde la cual parte el desarrollo de este marco teórico). En ese momento, el Nombre del Padre asocia (unifica) el significado y el significante, en tanto que punto de basta. La última enseñanza de Lacan no va en esa dirección, en la de los efectos de sentido del lenguaje, sino en la de los afectos que “como una secreción del cuerpo, produce la lengua” (p. 4). Volviendo al objetivo de este trabajo, se enfatiza este punto ya que es desde aquí donde se acentúa la singularidad, lo singular de la lengua es lo que abre paso a pensar la Nominación como un punto de llegada, porque implica un anudamiento, un anudamiento singular.

## 9. MODALIDAD DE TRABAJO



## 9.1 TECNICAS DE ANALISIS DE DATOS

La modalidad de trabajo es la *sistematización de experiencias*. Esta metodología, según Jara (2011), permite una transformación de la práctica misma que se sistematiza, ya que “posibilita una toma de distancia crítica sobre ellas y que permite un análisis e interpretación conceptual desde ellas” (p. 68). Por ello, no se trata solo de una reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que intervienen en los encuentros que van formando la experiencia, sino de una interpretación crítica de lo acontecido para poder extraer aprendizajes.

Para lograr una buena sistematización, Jara plantea que uno debe apropiarse del conocimiento para dar lugar a un proceso de “transformación de nosotros mismos: de nuestra manera de pensar, de nuestra manera de actuar, de nuestra manera de sentir” (p.68). En añadidura, la sistematización de los datos surgidos en la práctica intentará ordenar, procesar y hacer comunicable los conocimientos adquiridos en éstas, pudiendo contribuir a una acumulación de conocimientos generados desde y para la práctica.

## 9.2 CARACTERIZACION DE LOS SUJETOS

Los sujetos que se analizan en este trabajo son personas que asisten a la guardia del equipo N°1 los días lunes e integrantes de la banda de música Los Pickles durante el periodo de abril a diciembre del 2019. El número de integrantes de Los Pickles oscila entre 10 y 15 personas, y tienen entre 30 y 60 años de edad.

### 9.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

De acuerdo a (Yuni y Urbano, 2005), “la palabra técnica en su sentido etimológico tiene dos sentidos: como arte y como forma de actuación” (p.169). En el mundo contemporáneo ambas acepciones están relacionadas con formas o procedimientos, se ha perdido la significación artesanal de la técnica y se ha enfatizado el carácter procedimental (Yuni y Urbano, 2005). Es por ello que las técnicas a utilizar en el presente trabajo buscan no caer en el carácter procedimental de la época, resaltando la importancia de utilizar técnicas que sean menos intrusivas.

La técnica de base que se utilizará son los *registros narrativos* tomados personalmente, elaborados durante el transcurso de la práctica en el año 2019. Los mismos dieron cuenta del eje de sistematización planteado. En relación a esto Yuni y Urbano (2005) sostienen:

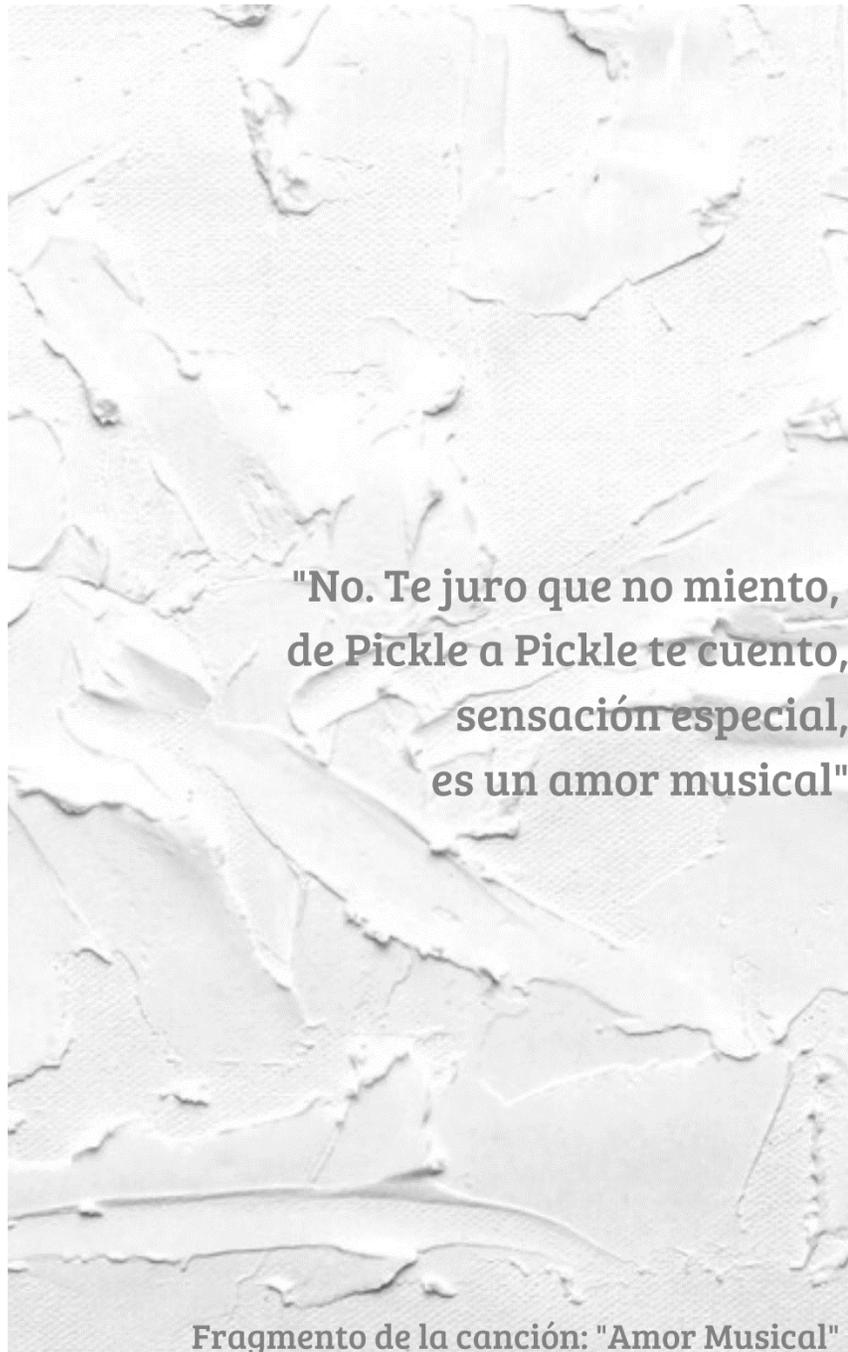
Los registros narrativos presentan la particularidad de que son producidos por el investigador. Constituyen textos en los que se describen acontecimientos, comportamientos de los actores, sentimientos subjetivos del investigador. Mediante las narraciones se intenta describir acciones e interacciones situadas en un contexto y de forma suficientemente comprensiva. Se relatan descriptivamente episodios o anécdotas significativas vinculadas a algún aspecto de la conducta del sujeto observado. (p. 173)

Por otro lado, también se utilizarán entrevistas no estructuradas en donde el entrevistado puede llevar la entrevista según su voluntad, dentro de un orden general preestablecido por el entrevistador (Yuni y Urbano, 2005) con el fin de que el entrevistado pueda exponer sus vivencias, recuerdos y significaciones propias.

#### 9.4 IMPLICANCIAS ETICAS

Teniendo en cuenta el Código de Ética del Colegio de Psicólogos y los derechos de los pacientes que se establecen en la Ley N.º 26.529, al utilizar datos personales de los individuos, es importante considerar las cuestiones éticas implicadas y por ellos aplicar lo que se denomina *consentimiento informado*. Este proceso consiste en explicar de forma clara y precisa a cada persona que los datos que se obtengan quedaran bajo secreto profesional y se resguardaran sus nombres y apellidos, para ello se modifica toda aquella información que pudiese facilitar la identificación de los participantes.

## 10. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO



Comienzan mis prácticas en el mes de abril. Mi motivación principal es formar parte del equipo de salud del hospital, conocer el rol de los psicólogos dentro de la institución y el funcionamiento de la misma. Cabe mencionar que este no fue mi primer contacto con el establecimiento, ya que participo en distintos talleres de Abracadabra abiertos a la comunidad desde el 2018.

Camino al Hospital, lo observo desde afuera “*sus paredes parecen tener muchos años, tienen grietas, pintura mural, la mayoría despintadas y algunas parecen ser recientes por su color intacto*” (Diario de campo, 17/04/19). Al ingresar, (luego de la reunión de presentación con las personas a cargo de las prácticas) se realiza el recorrido de la institución con el referente. Me llama la atención su distribución: un lugar amplio de un solo piso que cubre casi una manzana entera, con espacios sin utilizar; como menciona el referente “*hay algunos espacios que no se usan por ejemplo para allá, por la estructura se ha dejado de usar, no están aptos*” (Diario de campo, 17/04/19). Lo mismo sucede con las puertas de ingreso al internado y las de la cocina que se encuentran enrejadas. Fuimos pasando por los diferentes sectores que componen al Hospital, recuerdo ese miércoles que al llegar al espacio de la guardia solo pudimos estar uno minutos ya que se encontraban muchas personas esperando. Seguimos el recorrido hacia el internado, pero no tuvimos la oportunidad de entrar, el referente solo hizo alusión al mismo señalando “*para allá es el internado, hemos involucionado en algunas cosas y una de ellas es en colocar rejas hace poquito*” (Diario de campo, 17/04/19). En ese momento me pregunto, ¿Qué quiso decir con “involucionar”? ¿Qué fue lo que llevó a la institución a colocar rejas?

El primer lunes de guardia me posibilitó ingresar al internado, fui invitada por mi referente a participar de la “revista de sala”. Para abrir la reja del mismo en algunas ocasiones los profesionales tenían llave o, de lo contrario, se le pedía a la o el policía que siempre se encuentra allí, sentada/o en un escritorio con una carpeta. Al traspasar la reja, primero me encuentro con el patio, la mayoría de las personas se encuentran bajo el sol de otoño por la mañana, muchas de ellas envueltas con frazadas. Entramos al pasillo que conecta varias habitaciones. Percibo mucho frío, lo cual podría responder al porqué las personas están envueltas con frazadas. Fue impactante las paredes despintadas, con humedad, las personas deambulando por los pasillos, algunas con una mirada pérdida, otras con ropa en mal estado y el espacio sin calefacción, por lo tanto, sin agua caliente.

En la reunión de ingreso nos dieron a elegir un equipo a integrar, ya que el Hospital cuenta con cinco equipos de guardia, uno por cada día de la semana. En ese momento, cuando hablan de los equipos, el referente del H.N.P refiere *“el lunes es uno de los más moviditos por la cantidad de gente siempre ese día, el pase de guardia por los del viernes, sábado y domingo”* (Diario de campo, 17/04/19). Dada esa descripción me interesó formar parte de ese equipo porque consideré que podría aprender mucho.

Luego, tuvimos la reunión con la encargada del área de rehabilitación. Nos explicó sobre el funcionamiento del área, que *“se sostiene por los talleres, ustedes van a ver cuando vengan que cada uno tiene su particularidad, tienen efectos distintos en cada uno de los talleristas”* (Diario de campo, 22/04/19). En ese momento me genera inquietud conocer el estilo de cada taller. Explicó que *“dentro de los talleres está el coordinador y los talleristas que son los que asisten, algunos lo llaman “profe” al coordinador, pero no, nosotros elegimos que funcione de esta manera: coordinador/talleristas. Abiertos a la comunidad”* (Diario de campo, 22/04/19). Nos propone elegir dos talleres para cumplir el horario de cuatro horas semanales o un taller que dure esa cantidad de horas. Su forma de transmitirnos, contándonos qué talleres se están dando en este momento, expresando de cada uno las producciones artísticas que surgieron en años anteriores me contagió de mucha motivación para elegir el taller en el cual me iba a integrar y empezar a descubrir su particularidad.

El primer lugar de contacto con la práctica fue en el espacio de la guardia, con un rol de observador no participante. Luego, después de pensar respecto a las temáticas de cada taller que se despliegan este año, elegí participar en el “taller de música” en donde también, el rol de tallerista en un comienzo fue el de observador. Así en un principio fui conociendo el funcionamiento de la institución a medida que fui participando en el espacio de la guardia y en el del área de rehabilitación.

Dentro del espacio de la guardia, todos los lunes a las 8 am se realiza “el pase de guardia”. Allí se encuentran los profesionales que conforman el equipo del día domingo y lunes, y el jefe de guardia. En un escritorio se encuentra sentado el jefe de guardia, quien lee el libro donde se anotan todos los movimientos desde el día viernes hasta la fecha, mientras del otro lado está sentada la jefa del hospital de día con un papel anotando. Los demás profesionales están parados alrededor y comentan sobre los casos que se van leyendo. ¿Por qué en estas áreas se denomina como “jefe de

guardia” o “jefa del hospital de día”, diferente al área de rehabilitación que se la nombra como “encargada del área”?

Luego del pase de guardia, se realiza la reunión de equipo en este caso el equipo N°1, conformado por cuatro psiquiatras, cuatro médicos que se encuentran realizando el posgrado de psiquiatría, dos trabajadoras sociales, dos enfermeros y una psicóloga. Llega la supervisora, nos sentamos en ronda alrededor del escritorio, y comienza la reunión. La supervisora comienza a preguntar a cada uno sobre los casos que tienen a cargo o están atendiendo; ella tiene una libreta donde están los nombres de los profesionales y debajo de cada uno los nombres de los pacientes que están atendiendo.

Después de la reunión de equipo, nos dirigimos a la revista de sala, todos esperan allí a la jefa del hospital de día (quien es parte del equipo 1) para comenzar la reunión. Por ello, siempre que termina la reunión del equipo, me dirijo con ella y la psicóloga a la revista de sala, que se realiza en el internado. La primera vez que asisto a la revista de sala, me sorprendí por su forma, diferente a la mayoría de las “revistas de sala” en otras instituciones. Esto es, se trata de una reunión al igual que el pase de guardia y la reunión de equipo, pero con diferentes profesionales, es decir, con los que pertenecen al área del internado. Todos los profesionales escuchan a la jefa del hospital de día, quien lee lo que anota en el pase de guardia. Los internos están circulando afuera de la puerta del espacio donde se realiza la misma, en varias ocasiones la abren para entrar, se les pide que salgan y vuelven a cerrarla para seguir con la revista. ¿Por qué se realiza de esta forma? ¿Tiene que ver con la estructura del hospital? ¿Al encontrarse todos los profesionales dentro de una sala haciendo “la revista de sala” y los pacientes afuera, que lugar se les da?

Cuando concuro al pase de guardia, a la reunión del equipo y a la revista de sala en los tres espacios se habla sobre el estado de los pacientes, los nuevos ingresos (en su mayoría pacientes judicializados), salidas, fugas, intentos de suicidio, crisis o agitaciones, otros inconvenientes como corte de luz, inhabilitaciones de habitaciones u otros espacios, entre otras cosas.

En la mayor parte del tiempo de estos tres momentos, escucho a los profesionales hablar sobre los pacientes y sus familiares: la supervisora pregunta si llamaron a los familiares del paciente, una psiquiatra del equipo responde “*la hermana no tiene celular, no se es todo muy precario*”(Diario de campo, 29/04/19); comentan sobre otros Hospitales que mandan pacientes con

derivación, este ha sido un tema de varios días, sobre todo en las revistas de sala, remarcando que no se puede recibir a más pacientes y el enojo hacia otros hospitales: *“a todos los pacientes los mandan acá”* (Diario de campo, 13/05/19); *“en el San Roque nunca reciben a nadie”* (Diario de campo, 13/05/19). Me ha llamado la atención también cuando los profesionales refieren: *“no sé, es un caso raro, muy muy raro”* (Diario de campo, 13/05/19). Además, se informan sobre algunos inconvenientes como inhabilitación de habitaciones por “chinchas”, cortes de luz o cuestiones como falta de medicación *“el viernes no había clozapina, hoy no sé si habrá”* (Diario de campo, 29/04/19).

Con el pasar de los días, se fue flexibilizando el rol algunos profesionales me habilitaron a participar de forma más activa. Pude hacer algunas preguntas en las entrevistas con los pacientes, siempre acompañada por los integrantes del equipo. En las mismas, la mayoría de los pacientes con los que pude participar en las entrevistas vienen a buscar “más medicación”. Lo que más llama mi atención, ya que sucede en reiteradas veces, es cuando muchos pacientes llegan y se presentan con su diagnóstico: *“soy F32, tomo sertralina y alprazolán”* (Diario de campo, 10/06/19). El médico mira su historia clínica, corrobora lo que el paciente dice y hace la receta. En otras ocasiones, son los familiares los que presentan al paciente con su diagnóstico: *“no aguanto más, no sé qué hacer, la traigo acá porque ella ya se atendió hace muchos años, su enfermedad es esquizofrenia paranoide”* (Diario de campo, 13/05/19).

En este espacio, en muchas ocasiones las personas llegan con pedido de más medicación para seguir el “tratamiento” indicado por los psiquiatras de cada equipo, es por ello que se despertaron en mis inquietudes con respecto a la urgencia, al acudir solo por la demanda farmacológica, y así resultaban espacios donde no parecía primar la escucha por parte de los profesionales, los cuales se limitaban solo a responder a la aparente demanda de *“vienen por receta”* (Diario de campo, 27/05/10). Ello me llevó a plantear un cambio de horario en mi asistencia a la guardia, siguiendo la sugerencia de los profesionales *“los días lunes a la mañana siempre es así, todo receta, a la tarde ya no tanto”* (Diario de campo, 27/05/19). Comienzo a asistir por la tarde, efectivamente las personas ya no solo acuden por receta, este cambio me permitió poder escuchar más al paciente, ya que muchos llegaban por primera vez.

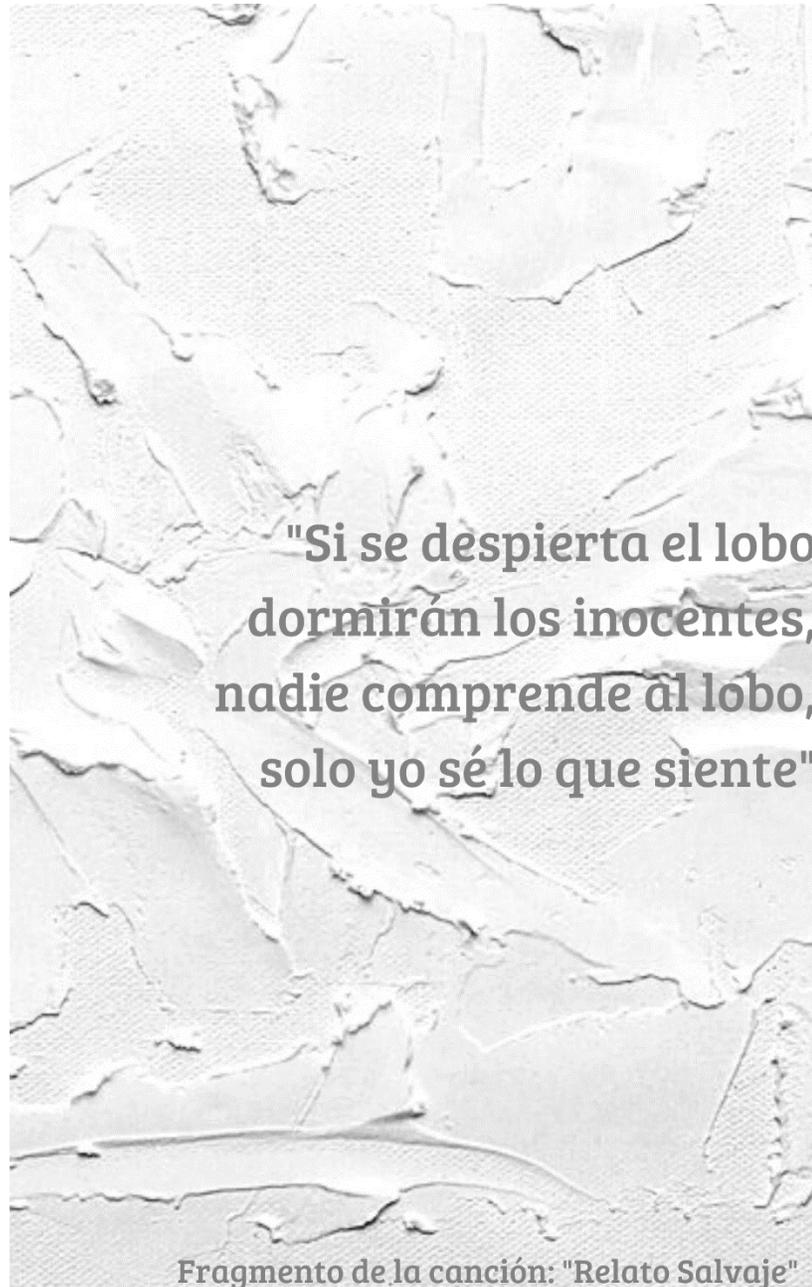
Con respecto al área de rehabilitación, tuve la oportunidad de elegir en qué taller participar, atendiendo a mis gustos personales. Aquí el rol es el de tallerista, que implicó posicionarme horizontalmente en relación a los demás participantes. El taller elegido fue el de “música”, donde me encontré con la banda “Los Pickles”. De a poco fui interiorizándome sobre su dinámica como grupo, sus rituales y sus tiempos: *“me sorprendió la organización, cada uno ya tenía su propia canción, todos sabían quienes cantabas tal canción, los instrumentos que iba en cada una, la forma de entenderse o comunicarse a través de la música, acompañándose, dándose el lugar”* (Diario de campo, 04/05/19).

Cuando llegué, los primeros sábados marchaba con la idea de asistir a un “taller”, pero con los días me fui dando cuenta que donde estaba, no era un taller, sino en una banda de música, y adonde asistía era a sus ensayos. Por eso mismo mantienen la puerta con una traba, para que no entren personas que no sean de la banda: *“llego al aula, me llama la atención que la puerta tiene una traba, toco la puerta y me abren”* (Diario de campo, 04/05/19). El vínculo entre ellos es más próximo que el grupo de otros talleres a los que asistí, como el de biodanza o el de canto, por ejemplo, una de las coordinadoras dice: *“Liliana dio otros comunicados, como la recibida de Darío en la universidad de psicólogo a los que invitó a todos, también Tamara invitó a todos a su cumpleaños”* (Diario de campo, 04/05/19). Todos saben cuándo es el cumpleaños de sus integrantes; en varias ocasiones se llevaron tortas para festejar, y también hablan de festejos en sus casas de cumpleaños de años anteriores. A medida que fueron pasando los ensayos, también tuve la oportunidad de asistir a las tocaditas a las que son invitados. Experimenté cómo en el grupo se organizan todos juntos para estar ahí, y para recaudar fondos con el fin de comprar y mantener instrumentos propios de la banda.

Fui estableciendo pequeñas conversaciones con los integrantes, lo cual me dio la posibilidad de ver al sujeto detrás del paciente psiquiátrico, pero aún acá me llama nuevamente la atención la forma de presentarse, al hablar de sí. Primero se refieren a su padecimiento: *“yo soy paciente del Neuropsiquiátrico hace 15 años, desde que tengo 17 años estoy acá, ya no internado pero bueno por si necesitas para la tesis, algún testimonio lo que quieras yo me ofrezco, yo tengo esquizofrenia paranoide y bueno tomo la medicación que me dan acá hace mucho, si no tengo eso no se... viste yo no tengo cura, la esquizofrenia no tiene cura”* (Diario de campo, 04/05/19); *“yo estoy medicada porque tengo epilepsia”* (Diario de campo, 15/06/19).

Fui notando que, en un principio mi lugar era más cercano al de un “público”, con el correr de los encuentros, ensayos y algunas presentaciones, el lugar fue cambiando. Los integrantes empezaron a incluirme como una Pickle más.

## 11. ANALISIS DE LA EXPERIENCIA



En el presente apartado, se extraerán del Diario de Campo pequeñas viñetas reconstruidas y recortes de dichos que se encuentran en el cuadro N.º 1 del anexo, a fin de realizar una sistematización. Este se divide en dos puntos, el primero de ellos alude al espacio de la guardia que pertenece al servicio de emergencia del hospital; y el segundo a la banda de música Los Pickles que nació en un taller del espacio del área de rehabilitación. De esa manera es posible una aproximación al objetivo principal de articular la experiencia profesional supervisada con los conceptos teóricos trabajados en el marco teórico.

### 11.1 EL CAMPO DEL OTRO

Para comenzar este apartado, se retoma un punto en el que Lacan no dejó de insistir: la posición del analista como el “amo de la verdad”. Vemos en ella que Lacan no vacila en hablar de poder, el poder del analista sobre el sentido. Se puede ver a continuación que es este poder, como el amo de la verdad, en tanto que gran Otro (tesoro de significantes), la posición en la que se coloca a los profesionales del equipo de la guardia del Hospital.

En esta sección primero se extraerán dos pequeñas viñetas reconstruidas a partir del Diario de Campo, con el fin de acentuar en las características del área de Emergencia. Más adelante, se expondrán recortes de dichos extraídos del Cuadro N.º 1 que se podrán ver en el Anexo.

Primera viñeta (Diario de campo, 28/10/19):

*Primavera*

A comienzos de la primavera, en una tarde ventosa llegan a la guardia del área de emergencia un matrimonio con su hija Emilia de aproximadamente 40 años. El padre y la madre aparentan ser mayores de 60 años. Al entrar al consultorio en donde me encontraba con Marta (psiquiatra) y Juana (psicóloga), el padre explica: *“Bueno vinimos porque tenemos miedo que se desencadene y vinimos antes que pase algo malo, ella dejó de tomar la medicación, no está tomando su medicación, no quiere comer, no quiere tomar agua, nada, esta rebelde, no sé si es por la primavera. Viste que ahora hay brotes, en la primavera, se brotan”*. El equipo deja de lado la descripción del padre y va directamente a su punto de interés preguntando *“¿quién le administra la medicación?”* a lo que los padres cuentan *“no ella sola se administra sus pastillas, ella siempre las toma, pero ahora no las quiere tomar”*. Marta le pregunta a Emilia cual es el motivo por el que dejó de tomar la medicación y ella expresa *“yo estoy triste, angustiada, eso lo que tengo, no tengo ganas de hacer nada, no me puedo levantar”*.

El equipo toma en cuenta lo expresado por Emilia y agrega: *“¿Quieres hablar sola, quieres que les pidamos a tus papas que se retiren así te entrevistamos primero a vos y después a ellos?”*. Emilia manifiesta estar de acuerdo y los padres se retiran. Se le pregunta cuando empezó a estar así, ella refiere: *“Desde que deje de ir a la Iglesia, la Iglesia es mi familia y las personas ahí, me pelee con ellos y no fui más”*. Le pregunto *“¿porque dejaste de ir?”* y responde *“porque Dios me lo pidió”*. Al finalizar la entrevista, Emilia insiste en el pedido: *“Vine aquí porque yo acá me siento bien, cuando estoy mal acá me recupero, y me quiero internar ¿puede ser? Para recuperarme, porque tengo miedo que me desencadene, viste por la primavera, que me brote, yo necesito internarme unos días acá y me recupero ¿puede ser?”*.

Después de la entrevista, el equipo decide internarla. Lllaman a los padres para comunicarles. Ellos responden: *“Si, por supuesto, ustedes llámenme cuando la tengo que venir a buscar y no hay problema, está bien, mire yo se lo cuento, nosotros tenemos miedo que se brote por la primavera, acá me dijeron que suele pasar en esa época, ella una vez me clavó una*

*lapicera en el cuello a la madrugada*”. En ese momento, el padre junto con la madre da más detalles de la historia de la “enfermedad” de su hija, dando cuenta de cómo recibió el diagnóstico en aquel momento: *“Hace muchos años, al poco tiempo que le descubren la enfermedad, ella estaba trabajando en Londres. Me llaman desde allá que la internaron, yo no entendía nada. La esquizofrenia nunca nadie ningún familiar tuvo esa enfermedad, no sé cómo la heredó. Yo, cuando me enteré, empecé a leer en los libros de qué se trataba la esquizofrenia. ¿Es posible, doctor, que se brote ahora? Me dijeron acá que en la primavera están los brotes”*.

Se puede ver como los familiares y la paciente acuden a la institución no sabiendo qué hacer, aferrándose a las respuestas del “Otro que sabe”, en este caso el profesional del hospital que frente a la inconsistencia del sujeto, aparece como una garantía del Otro. Por ello, podemos decir que hay apertura de la transferencia. Por un lado, la paciente y los padres se colocan en la posición de entregarse a la institución. Por otro lado, lo que principalmente empuja al pedido de internación es el tiempo en *primavera*. Se advierte cómo este significante es tomado por los padres y la paciente a partir de los dichos de un profesional de la institución: *Me dijeron acá que en la primavera están los brotes*. Esta es la significación precisa que Lacan da respecto a la transferencia, ésta se produce cuando el deseo se aferra a un elemento muy particular que es la persona del terapeuta, y esta no es exactamente una persona es más bien el significante que utiliza el profesional. Aquí, el Otro, el profesional del hospital, funciona como el sujeto que se supone sabe el sentido. En este caso la transferencia funciona, pero en “estado puro” como indica Miller (2017) la paciente llega convencida de que al llegar la primavera se va a desencadenar como es expresado anteriormente por el equipo.

Segunda Viñeta, (Diario de campo, 29/04/19):

*Calmarla*

Entran al consultorio de la guardia tres hermanas adultas. En ese momento en el consultorio solo hay una silla disponible. Dos de las mujeres toman del brazo a la tercera, y le piden que se siente allí. Las dos mujeres que se quedan paradas, una en cada costado de la silla, comienzan a hablar: *“Ya no sabemos qué hacer, no la podemos controlar, se pierde, se escapa, se va y uno no puede estar pendiente las 24 horas de ella, yo trabajo, ella también tiene su trabajo (señala a la otra hermana que esta parada), no sabemos qué hacer, venimos acá antes que pase algo grave”*.

A continuación, muestran la medicación que está tomando junto con otros estudios de tomografías, y al mostrar esos estudios explican que su hermana tuvo una enfermedad de nacimiento en el cerebro. Hasta ese momento, la paciente solo asiente con la cabeza a los dichos de sus hermanas y repite *“yo me quiero internar”*, con la mirada hacia el escritorio. La psicóloga interviene preguntándole su nombre, su edad y sobre cómo son sus días. Ella no responde, sigue con la mirada hacia abajo y las hermanas responden las preguntas por ella. Luego de unos minutos, mientras el equipo sigue hablando con las dos hermanas, la paciente se levanta y camina hacia la puerta, las hermanas la frenan y expresan: *“Ven, esto es lo que pasa, se levanta se quiere ir, se quiere ir y le puede pasar algo si se va sola, ya se nos escapó varias veces”*.

En ese momento el equipo decide hacer un inyectable con el fin de *“calmarla”*. Una vez hecho el inyectable, las hermanas preparan sus cosas mientras reciben indicaciones del equipo respecto a los efectos del inyectable y se van.

En esta segunda viñeta, ¿se puede situar a la transferencia como en la viñeta anterior?

Su direccionalidad al Otro es manifiesta. Acá se impone un grito, una demanda de acción, de solución inmediata lanzada por las hermanas cuando presienten una situación de peligro. Pero no se presenta la demanda de interpretación, es decir, no hay una demanda de saber respecto a lo que pasa. Se trata entonces de lo que Levy Yeyati (2006) llama la *“transferencia salvaje”*.

También se puede decir que este pedido de atención está ligado a lo contingente, al acontecimiento, a la urgencia; esto es lo que Belaga (2005) llama la “incertidumbre fabricada”. Este pedido emerge cuando las hermanas se ven urgidas a solucionar lo que irrumpe demandando efectos terapéuticos rápidos. El equipo responde a esta demanda de “controlar la situación” con un inyectable. Podría interpretarse esta respuesta como un actuar antes de que la paciente actúe, *calmarla*, en otras palabras, es lo que Levy Yeyati (2006) llama “la clínica de la prisa”.

Asimismo, en esta segunda viñeta como en la primera se presenta otra noción que la autora indica como “el problema del riesgo” en la guardia, teniendo en cuenta que el rol del médico como el del psicólogo definido jurídicamente exige que sancione la existencia o no de peligrosidad para sí o para terceros. Aquí no solo se trata de reconocer si estamos ante un caso llamado grave o no, sino que también se debe tomar una decisión de suma importancia para la paciente, como una internación o medicación.

#### Conclusión de viñeta:

A partir de estas dos viñetas se puede ver con más claridad cuál es el lugar del Otro en el fundamento mismo de dígirirse al hospital. En este caso el lugar es ocupado por los profesionales del hospital ubicados en la posición de oyente, esto muestra lo que hay de transferencia. En este lugar Lacan insiste cómo su respuesta, su aval, su interpretación deciden el sentido del S2 de lo que es dicho y aún más la identidad misma de quien habla. En primer lugar, se puede ver que en ambas situaciones se le da una respuesta al pedido: ya sea internación y/o control de la situación. Se puede considerar que la respuesta del hospital está dentro de un campo que responde la lógica del discurso del amo en el sentido en el que Lacan lo define “lo que desea un verdadero amo es que la cosa marche” (Lacan, 1969-70, p. 22) citado en (Rojas et al., 2014). Que la cosa marche implica que nada interrumpa un orden.

Se puede ver que en este espacio de emergencia se juega con un tiempo único, donde aparecen el problema de riesgo, el pedido insistente de una solución en estrecha relación con la medicación que ofrece la institución. En este punto, se puede retomar a Belaga quien señala que la ciencia pasa a ser un discurso que da un abrochamiento, un sentido. En este caso, una respuesta a la demanda como un punto de capitón. A partir de esto cabe preguntarse por el Sujeto: en estas dos viñetas ¿se da lugar al acontecer del sujeto?

### 11.1.2 EL DIAGNÓSTICO EN LA CLÍNICA DE LA EMERGENCIA.

En esta ocasión se recupera el interrogante planteado con anterioridad: ¿Cómo orientarse en la práctica hospitalaria en el espacio de la guardia?

En el área de emergencia, es decir, en la guardia se puede ver que el uso de los manuales diagnósticos no solo está destinado hacia el objetivo por el que surgen, también aparecen como una forma de dar respuesta y/o solución frente a lo que se presenta en la Emergencia. Esto se ubicará en algunos recortes de dichos de profesionales del equipo de la guardia, los mismos se encuentran en el cuadro N.º 1 del anexo: *“El miércoles estuvo medio raro, caótico, de terror. Ingreso el nuestro que también es débil”* (Diario de campo 27/05/2019); *“Es un episodio psicótico agudo impulsivo con ingesta alcohólica, le metió los cuernos la pareja, estuvo en tratamiento, le hicieron una pericia”* (Diario de campo, 20/05/2019); *“Vino una paciente, también me parece que es anorexia paranoide”* (Diario de campo, 20/05/2019). De ello resulta necesario decir que el Otro al que se dirige el paciente es un Otro (el hospital) que sabe, responde dando una significación de un diagnóstico, esto es, el Otro es quien tiene el sentido a lo cual el paciente se debe ajustar. Esto es lo que Belaga (2005) precisa respecto al contexto en el que estamos, un contexto transformado por la ciencia y la globalización económica en donde lo novedoso está en la presentación del sufrimiento subjetivo, influenciado por el discurso de la ciencia que opera sobre las demandas que se presentan.

A partir de los dichos citados se puede ver que el diagnóstico, especialmente el de psicosis aparece como un significante que viene a ocupar el vacío de significación sobre lo que emerge en la guardia. Pero ¿qué ocurre cuando llega a la guardia un paciente que no encaja en dicho cuadro? *“Es un adicto solo eso no sé si es psicótico, no sé si es o no, pero el tema es que es un adicto y si fuera un psicótico bueno sería uno más de los nuestros”* (Diario de campo 27/05/2019); *“Es una situación judicial muy rara, el otro por lo menos es psicótico”* (Diario de campo, 29/04/2019); *“Yo por lo menos no veo síntomas psicóticos”* (Diario de campo, 29/04/2019). O ¿qué pasa cuando no encaja en ninguna calificación? *“El otro paciente no tiene nada, solo DNI”* (Diario de campo,

27/05/2020); *“Otra paciente judicial llega y se realiza valoración clínica, no se encontró hallazgos psicopatológicos, pero si consumo de cocaína”* (Diario de campo, 29/04/2019).

Esto último evidencia la dificultad de incorporar en una clase a un sujeto y su padecimiento. Como señala Levy Yeyati (2006) los esquemas generales, en este caso, el uso de los manuales diagnósticos es útil, pero su nivel de generalidad no alcanza a cernir los casos particulares, es decir, no dan lugar al acontecer del sujeto, no dan lugar al despliegue de la palabra. Los profesionales buscan simplemente síntomas con vistas a desembocar de una manera diferencial en un diagnóstico, es decir, en la afirmación de una afección psiquiátrica determinada con exclusión de otras. Así, teniendo en cuenta lo dicho en el apartado “El Sujeto” respecto a las concepciones del padecimiento psíquico, la práctica clínica en el hospital se desarrolla bajo el paradigma en el que las grandes clasificaciones psiquiátricas han constituido el paradigma de referencia. Como se mencionó, en dicho paradigma las enfermedades mentales fueron concebidas como naturales, parte de esa naturaleza exige ser clasificada. Pero no se tiene en cuenta lo que Hacking (2001) señala, esto es, que hay una diferencia en las clasificaciones de ciencias naturales y sociales. En estas últimas hay una interacción entre el sujeto al que se clasifica y la clasificación. Aquí ya no se trata de especies vegetales y animales destinadas a ocupar su lugar en el cuadro.

Entonces, como se desarrolló en el marco teórico, hay una diferencia entre el diagnóstico en psiquiatría y en psicoanálisis. En la práctica hospitalaria de la emergencia se trata del diagnóstico en psiquiatría unido a un modo de clasificación ligado todavía a los síntomas observables frente a los cuales dan un sentido, en este caso, un diagnóstico. Esto tiene que ver con lo que Yellati (2013) comenta acerca del DSM en tanto propuesto como ateórico, es decir, las descripciones serían objetivas y no pretenden estar sustentadas en ninguna teoría que dé cuenta del concepto de hombre o de sujeto. De este modo ésta clasificación acabaría revelando estar fundada en una estadística. De allí que ya no se trate de “enfermedades” sino de “trastornos” en tanto manual para el diagnóstico, un manual que se presenta como una lengua que elimina toda imprecisión, deslizamiento o malentendido al que recurren los profesionales de la práctica para tapar aquello que se presenta sin sentido.

Al estar fundado en la estadística se puede decir que, como lo menciona Laurent (2019), la psiquiatría vuelve a la medicina general, entrando a su vez en el dinamismo farmacéutico. Esto puede advertirse en instancias como la siguiente: *“Bueno te vamos a dar esta mediación es*

*importante que aceptes el tratamiento para poder levantar las neuronas, en este momento no están produciendo un neurotransmisor que produce ganas de levantarte, energía, por eso te pasa esto que decís, que no te puedes levantar, sería importante que empieces con esto y después vamos viendo*” (Diario de campo, 29/07/2019). En este caso la explicación del efecto de la medicación justifica el cuadro o el diagnóstico, en otras palabras, “saber para qué sirve” la medicación se convierte en un criterio para “saber qué indican” los síntomas, así este índice cae en un diagnóstico que aplasta al sujeto. De este modo, se produce un saber sobre la solución química, dejando de lado lo subjetivo y cayendo en la balanza del fármaco. Como lo expresa Laurent (2019) no se trata de un saber sino de un bucle de justificación, del uso del psicotrópico, dejando de lado al sujeto.

Además, si se observa con más detenimiento el cuadro del anexo se puede ver como la medicación se transforma en objeto de demanda de los pacientes y, a su vez, evidencia que este saber psiquiátrico se vulgarizó, se banalizó y los diagnósticos circulan en el discurso corriente. En otras palabras, los sujetos hablan de sí mismos en la lengua del especialista. Ya no hay una separación ante lo que sería la lengua en la que se dicen las categorías utilizadas para captarlo. Esto se corresponde con algunos extractos de las charlas que se abrieron en el ensayo de los Pickles: *“La medicación no hay que dejarla porque si no te pones mal, no se puede dejar la medicación, yo soy esquizofrénico paranoide y no puedo dejar la medicación, esta enfermedad no tiene cura y es imposible dejar la medicación”* (Diario de campo, 03/08/2019) a ello le responde una compañera *“ah si... yo no tengo la paranoide, yo tengo esquizofrenia simple, necesito ir a un psiquiatra”*; *“Antes a mí no me gustaba que me saquen fotos ni nada, ni subir al escenario, ahora que estoy tomando los remedios ando bien yo”* (Diario de campo, 19/10/2019). En los consultorios de la guardia, también, surgen expresiones similares: *“Con la medicación estoy muy bien, me hacen muy bien, sin medicación pareciera que se me achicara el mundo, la tomo al día”* (Diario de campo, 10/06/2019); *“Si tengo sueño yo duermo, pero estoy mal desde que sé me acabo el clonazepam por eso necesito, porque desde que no lo estoy tomando estoy muy mal”* (Diario de campo, 19/08/2019).

En efecto, como señala Puigpinós (2013) la etiqueta del DSM comprende la contingencia de la química, pero no la singularidad del sujeto. Esto acarrea un efecto de generalización que tiende hacia una sobremedicalización y hacia una especie de auto-medicalización, en la que la popularidad de las categorías del DSM desempeña un papel evidente. Podemos notar esto también en los siguientes dichos de profesionales del Hospital: *“Acá siempre van a ver mucha gente porque ésta*

*es la farmacia*” (Diario de campo, 17/04/2019); “*Siempre que es feriado no hay mucho movimiento porque está cerrada la Farmacia y Estadística*” (Diario de campo, 26/08/2019). Asimismo la incidencia de los medicamentos, los tratamientos químicos hacen caer la balanza sobre la “clínica de la observación” que Miller (1998) advierte.

Como refiere Belaga (2005) los manuales diagnósticos están avanzado en la descripción de cada uno, han crecido exponencialmente en los últimos años. En consecuencia a ello surge una nueva ley que ya no es dada por el mito del padre edípico, esto es, la caída del orden tradicional que conlleva un empuje al individualismo institucionalizado, en donde el individuo tiene que hacerse cada vez más cargo de su propia definición. Por ejemplo, se cita a continuación la forma en la que se presenta una paciente al llegar al consultorio de la guardia: “*Soy Miriam, yo soy paciente de acá, vengo a buscar la medicación, soy F32, tomo sertralina y alprazolam*” (Diario de campo, 10/06/2019). Se puede ver con este ejemplo como la clasificación F32 aliena a la paciente en busca de la medicación. Esto se relaciona con lo que se mencionó anteriormente respecto a la insistencia de Lacan: la respuesta, la interpretación deciden el sentido de lo que es dicho y aún más la identidad misma de quien habla. Este sujeto al momento de presentarse se nombra *soy f32, tomo sertralina y alprazolam* anulando la pregunta sobre su ser abrochado a una categoría.

En efecto, el uso de las clasificaciones diagnósticas rompe con la confidencialidad tradicional del diagnóstico psiquiátrico. Así se ven florecer testimonios de sujetos que proponen su caso como ejemplo de narración de modalidades de vida con un diagnóstico, vivido de forma singular, por ejemplo: “*Yo soy paciente del Neuropsiquiátrico. Hace 15 años tengo esquizofrenia paranoide, viste eso no tiene cura. Desde que tengo 17 años estoy acá, ya no internado, pero bueno, por si necesitas para la tesis algún testimonio, lo que quieras, yo me ofrezco, no tengo problema*” (Diario de campo, 04/05/2019).

Cabe destacar que la clasificación es necesaria. Como señala Laurent (2013), sirve para introducir un principio de orden necesario. En este trabajo no se busca hacer una crítica ideológica a las clasificaciones contemporáneas; el psicoanálisis también tiene sus propias clasificaciones. Pero éste resulta no solo de la dimensión del significante universal, sino también de la dimensión del sujeto, esto es, de la singularidad.

Lacan (1967) nos dice:

Si hay algo que el psicoanálisis está hecho para destacar, para valorizar, eso no es ciertamente el sentido (...) sino justamente (...) señalar en qué fundamentos radicales de sin-sentido y en que sitios los sin-sentidos decisivos existen, sobre lo cual se funda la existencia de un cierto número de cosas que se llaman los hechos subjetivos. (p. 6)

De ahí que, donde ya no existe un sentido del discurso de la ciencia, es posible introducir al Sujeto. Entonces, ¿dónde está el sujeto en el diagnóstico? Para responder esta pregunta tomamos las dos operaciones, *alienación* y *separación*, trabajadas en el marco teórico.

Como mencioné anteriormente, el término alienación dista mucho de ser equivalente a las tradiciones psiquiátricas y filosóficas. Lacan en 1964, año en el dicta su seminario *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, presenta este término para nombrar una operación constitutiva fundamental de la subjetividad. En esta operación se puede ubicar a la guardia del hospital, esta se demuestra eficiente por la tendencia natural del sujeto a identificarse con las clasificaciones que le devuelve el equipo, por el hecho de que la identificación aliena al sujeto en la búsqueda de su ser.

Se puede ver una vez más como en este espacio el hospital está ubicado como Otro (tesoro de significantes), entendido como un recurso para la realización del sujeto ya que no hay sujeto sin Otro. Aquí el Otro es quien le da su valor representativo, lo nombra, lo posiciona. Es el Otro quien hace la evaluación significativa del sujeto, la evaluación que hace de él una persona. Esto se puede ilustrar con los siguientes fragmentos de una consulta. Al entrar a esta entrevista, el caso es previamente presentado por la psiquiatra a cargo como una “depresión posparto”. La paciente entra acompañada de su mamá, el equipo le explica en qué consiste su diagnóstico, cuando terminan de explicarle la madre responde “*todo lo que estás diciendo lo hace*” (Diario de campo, 20/05/2019). Y la paciente agrega “*Si me siento angustiada, estoy muy triste, no la puedo alzar a mi bebe, no sé qué me pasa, si me quedo sola con ella tengo miedo de hacerle daño no puedo estar sola con ella, tengo pánico no puedo estar sola con ella, estoy cansada de estar mal*” (Diario de campo, 20/05/2019). Se puede decir que el sentido que le devuelve el equipo de la guardia es un S2 de la clasificación diagnóstica que hace surgir un sujeto del DSM. A continuación, el equipo controla la medicación y le explica “*Tranqui... ya va a empezar a mejorar con la medicación vas a ver*” (Diario de campo, 20/05/2019). La paciente obedece las instrucciones respecto a la medicación y finaliza la consulta.

Para finalizar este capítulo se puede hacer algunas precisiones en vistas al objetivo del trabajo. Como se refiere en el marco teórico, Lacan parte entonces de la articulación significativa S1-S2, en tanto que es necesario que se de este par ordenado como mínimo para que sea posible el establecimiento de la transferencia. El S1, en tanto que no significa nada en sí mismo, va a representar al sujeto sólo enlazado a un saber, S2. Luego de haber recuperado los distintos extractos del diario de campo se podría ubicar al diagnóstico y su ocasional medicación como un S2 (como sentido) alienante que le devuelve la institución al paciente que viene al lugar del agujero (desencadenamiento). Se puede ver que la intervención en el espacio de la guardia tiende a la sutura que posibilita un modo transferencial, permitiendo algún tipo de encadenamiento entre significante y significado. Pero, teniendo en cuenta lo que enuncia Lacan respecto a *la alienación*, este Otro es alienante. Aquí el Otro se posiciona sin falta, que lo sabe todo, tiene la respuesta en función de un DSM a través del cual devuelve el nombre de los trastornos que sufren, el tipo de medicación que deben tomar como solución, se presenta como consistente y sin falla, esto es, no está castrado.

Entonces ¿hay Sujeto en el diagnóstico que se devuelve en este espacio?

Del mismo modo surge nuevamente aquí la pregunta teórica: ¿Hay sujeto cuando fallan las operaciones de alienación y separación? Se podría decir que esta pregunta es la que empuja a necesitar de la última enseñanza de Lacan.

## 11.2 LOS PICKLES

Para comenzar este apartado se hará una breve descripción para refrescar la historia de Los Pickles que fue presentada en el capítulo *Contexto Institucional*. La banda nace en el taller de música abierto a la comunidad que se dictaba dentro del área de rehabilitación, que se encuentra hace ya muchos años a cargo de la asociación sin fines de lucro Abracadabra. La misma brinda talleres artísticos integrados por coordinadores y talleristas, estos últimos pueden ser usuarios y/o pacientes o público en general.

A partir de la asistencia constante de algunos integrantes del taller de música, en el año 2016 se decide junto a los integrantes nombrar al espacio como “ensayo de Los Pickles”. Por consiguiente, este año deja de ser un taller de música para convertirse en una banda a donde solo pueden asistir los integrantes. Esto se evidencia en una de las impresiones recuperadas del Diario de Campo (04/05/2019): *“Llego al aula de kinesiología donde se hacen los ensayos de la banda, intento entrar, pero la puerta se encuentra con traba, esto me llama la atención ya que ningún taller tiene la puerta cerrada, toco la puerta se acerca Gastón, me pregunta quién soy, le explico y me deja pasar”*.

En este espacio la organización es diferente, no se divide en talleristas y coordinadores, esto es, no es un taller más. Una evidencia de ello es cuando Darío junto con Liliana expresan en una ronda de charla que suele haber siempre antes de los ensayos: *“Nosotros no somos un taller, acá no puede venir alguien a practicar o cantar tal canción, nosotros tenemos una banda con canciones que venimos practicando hace un montón y eso es lo que hacemos, las ensayamos. Depende de nosotros Los Pickles, no es el Pickle cuando sube a cantar, sino que son Los Pickles. Se acuerdan que por eso también dijimos de poner la traba en la puerta, porque no somos un taller más, nosotros decidimos todos juntos si entra alguien a la banda...”* (Diario de campo, 11/05/2019).

Su modo de organización responde a lo que Darío explica: *“En la banda de música cada integrante tiene su lugar ocupando diferentes funciones. Estas son por un lado, los productores o representantes como yo y Liliana que nos encargamos de planificación y ejecución de proyectos a largo plazo como por ejemplo la grabación del CD y la película, o a corto plazo como organizar las presentaciones “las tocadas”, el sonido, traslado, pagos, vestuario, dirección artística, comunicación interinstitucional, entre otras cosas; y por otro lado los músicos, estos se dividen en voces, ejecutante de instrumentos, compositores y arreglos musicales”* (Diario de campo, 11/05/2019). Se podría decir que aquí el Otro es otro incompleto que le ofrece un S2 diferente, ya que no es un universal; se trata de un nombre particular, *Los Pickles*, que posibilita un nombre singular a través de un rol, una función.

A partir de este último fragmento se puede ver como en este espacio el gran Otro es un Otro que se presenta separado del discurso de la ciencia, se podría decir como Otro del deseo que hace emerger la singularidad. Por ejemplo, *“Yo soy Luciana soy la baterista de la banda con Arturo los dos tocamos la batería, cuando él canta toco yo y cuando yo canto toca él, yo tengo un estilo*

*rockero porque mi onda viste es así*” (Diario de campo, 04/05/2019). Se puede vislumbrar que cada rol pone en juego una función dentro de *Los Pickles*, como el hacer con la voz (cantar) y con el cuerpo (tocar un instrumento), dando lugar a lo íntimo que lo diferencia del otro rompiendo con lo universal. Aquí el nombre marcaría un lugar subjetivo a partir del cual tienen una voz. Es acá donde se ubica precisamente el acceso al nivel de la enunciación, la separación.

Para ilustrar este lugar subjetivo resultan valiosos los siguientes fragmentos citados del Diario de campo. Dichos fragmentos se dieron en una ocasión en particular, en la que los integrantes se preguntaron sobre la necesidad de explicitar, cada vez que suben a un escenario, que la banda nació en el neuropsiquiátrico.

- *“A mí no me gusta que nos digan que somos del neuro. ¿Por qué siempre nos presentan así: ‘son del neuro’? Yo no quiero subir al escenario y que digan ‘Los Pickles del neuro’. La gente nos mira mal y no me gusta, si somos una banda y tenemos nuestro nombre, no hace falta decir que somos del neuro, a mí no me gusta”* (03/09/2019);
- *“A mí tampoco me gusta que nos digan que somos de acá. Si somos una banda, ¿por qué tenemos que decir que somos del neuro? Todos dicen ‘los locos del neuro’, yo cada vez que vengo con el Pablo, a mis vecinos y a mis familiares les digo que vamos a un ensayo de la banda, que es un taller en Barrio Juniors, no digo nada de este hospital”* (03/09/2019);
- *“Yo me siento mejor decir que somos de Los Pickles, no somos de ningún lado, somos Los Pickles”* (03/09/2019);
- *“Está bien también lo que dice Magdalena, porque acá nos prestan el salón, y técnicamente no somos del neuro. Nosotros, como un grupo que somos Los Pickles, somos una banda que nació acá, pero ya nos separamos”* (03/09/2019);
- *“A mí no me da vergüenza decir que somos de acá. Yo estoy en desacuerdo con lo que dice Mercedes, yo estoy orgulloso de ser de acá. Para mí, es un orgullo ser paciente del neuro y haber podido formar parte de esta banda que va a pegar un montón”* (03/09/2019).

El propio interrogante acerca del querer o no ser considerado parte del neuropsiquiátrico es lo que opera la separación del universal. La forclusión de este universal implica el mantenimiento de la particularidad, Los Pickles, desde la cual surge el decir de un sujeto: *“Hola, mucho gusto, yo*

*soy tecladista y también toco el acordeón. Estoy hace muchos años en Los Pickles porque yo desde mi adolescencia que vengo al hospital y después me hice de Los Pickles hace como 10 años”* (Diario de campo, 04/05/2019).

A partir de estos fragmentos citados se toma a Lacan (1958-1959) quien enuncia: “No hay sujeto más que en un decir” (12.11.58). Se puede pensar que, en el decir aparece un S2 que habla de donde se ubica el sujeto respecto del otro, da la posibilidad de hacer aparecer un sujeto. Este S2 es posibilitado por la separación del universal al particular, *Los Pickles*, que ofrece este gran Otro, en donde aparecen los nombres propios “*soy la baterista*”, “*soy tecladista*” que autorizarán que se sostenga un discurso en el que cada uno tendrá la oportunidad de hacerse un nombre, más allá de toda etiqueta posible.

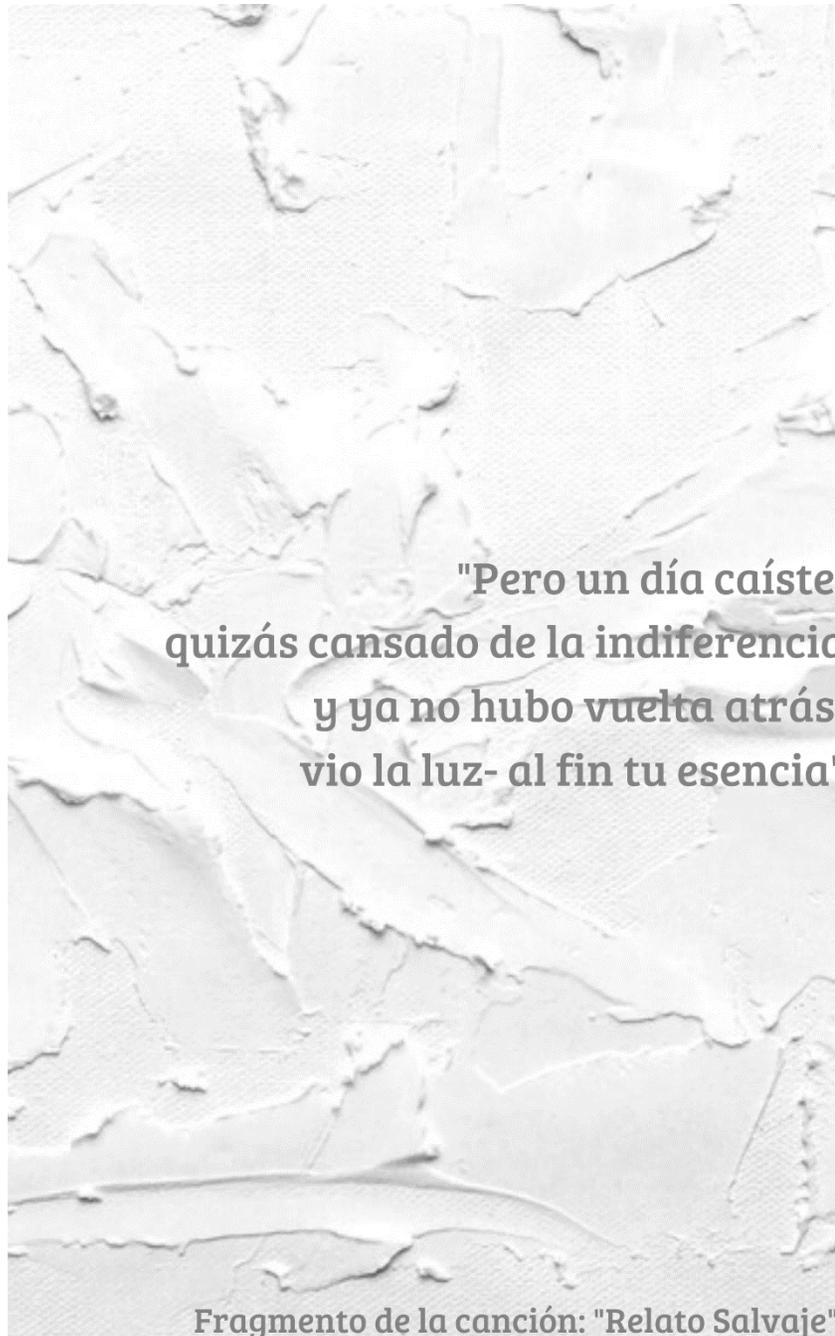
En continuidad con los fragmentos seleccionado del cuadro N.º 1 del Anexo, se podría afirmar que aquí se encuentra funcionando un dispositivo grupal. En concreto, se trata de un conjunto de redes o relaciones establecidas entre los integrantes, que permitió la creación de un lazo imaginario donde comenzaron a nombrarse como un “nosotros”: “*Yo digo que cantemos los cinco temas que no tocamos, porque todos votamos que sea así previamente, fue una decisión del grupo y no podemos faltar a nuestra palabra, agreguemos un día más de ensayo si les parece, pero no podemos faltar a nuestra palabra como grupo*” (Diario de campo, 15/06/2019).

El funcionamiento de este dispositivo también se evidencia en la horizontalidad de las relaciones, en tanto las decisiones son tomadas por todo el grupo, sin responder a un líder. En otras palabras, se trata de un grupo sin jefe que no se cimienta sobre el ideal del universal, sino sobre su lógica interna de la diferencia. Un caso en el que se evidencia este funcionamiento se da cuando el representante de la banda pone en cuestión los covers: “*Es así, miren, yo les explico, presten atención todos por favor. Tenemos que votar en la opción de seguir haciendo covers, como venimos haciendo, teniendo en cuenta que eso lleva mucho esfuerzo y desgaste para que salga igual al original o la otra opción es hacer temas propios que salen con otra fuerza, otra energía, cada vez que cantamos subite al tren y amor musical por ejemplo esos dos temas salen de diez y son lo que más pilas, onda y ganas le ponemos porque son propios. Ya fuimos a un recital de bandas también y todas las bandas tenían temas propios los únicos que tenían covers éramos nosotros*” (Diario de campo, 03/08/2019).

Esta lógica permite emerger la singularidad de cada uno, lo que puede verse reflejado en las canciones propias. La mayoría de los integrantes escribió su propia canción: “*Mira yo te cuento, escribí un tema, pero es feo la letra es muy triste, no sé si le va a gustar a la gente*” (Diario de campo, 27/07/19); “*Hice este tema de un poema que yo escribí y lo convertí en canción, mi papá me ayudó, quiero mostrarles acá están las notas a ver si les gusta y lo sacamos con la banda quedó muy hermoso para mí*” (Diario de campo, 10/08/19). Esta expresión de singularidad fue acompañada por la banda que le aportó el ritmo, la melodía, los arreglos instrumentales, etc., dándole el acabado final y oficializando esa producción como una canción de la banda. Gracias al éxito de ese dispositivo, hoy la banda cuenta con seis temas propios: “Amor a la vida”, “Amor Musical”, “Relato Salvaje”, “Subite al Tren”, “Tu Nombre” y “Paraíso de Ensueño”.

Hoy Los Pickles son invitados a cantar a diferentes lugares como bares, marchas, espacios artísticos, ferias, universidades, entre otros. Teniendo en cuenta lo trabajado en el apartado *Transferencia*, el público que asiste a sus presentaciones adquiere el papel de testigo, los productores y/o representantes que se encargan de la planificación y ejecución de proyectos se posicionan como secretarios y semejantes, al igual que los demás compañeros de la banda. Esto evidencia que en este espacio el Otro se ubica como un semejante para acompañar, pero esto no se queda solo en esa función. Se podría decir, entonces, que este espacio posibilita una apuesta por una construcción de una ficción que permita un posible anudamiento. Esto es lo que Vicente Palomera dice respecto a la transferencia en la psicosis, esta se trata de un “trabajo de traducción”, una conversación que supone un trabajo de nominación.

## 12. CONSIDERACIONES FINALES



"Pero un día caíste,  
quizás cansado de la indiferencia  
y ya no hubo vuelta atrás,  
vio la luz- al fin tu esencia"

Fragmento de la canción: "Relato Salvaje"

Este trabajo de integración final consistió, en un primer momento, en la salida al campo de la práctica. Si bien a lo largo de la carrera en diferentes materias hubo reiterados acercamientos a la práctica, este representó la instancia más próxima al ejercicio del rol, en este caso en la clínica.

La primera pregunta que emergió en un primer tiempo fue ¿cómo orientarse en la práctica? Más adelante, esta pregunta tomó la forma: ¿desde qué clínica orientarse?, en relación al dictum psicoanalítico. Al final de este trabajo, las preguntas que surgieron en la escritura del desarrollo del marco teórico, y la articulación con la experiencia en la práctica desembocaron hacia la última enseñanza de Lacan. Se propuso pensar *De la cadena al nudo*, desde el cual se evoca el viraje y/o pasaje de la primera a la última enseñanza. A partir de estas consideraciones, se puede concluir que este pasaje o viraje no implica elegir por una enseñanza u otra, sino que no es una sin la otra. En otras palabras, una clínica no anula a la otra, teniendo en cuenta lo que nos enseña la singularidad en el campo de la práctica.

Esta misma lógica salió a la luz cuando se analizaron el espacio de la guardia y Los Pickles. Teniendo en cuenta la pregunta “¿Qué es el sujeto?”, presente a lo largo de este trabajo, la respuesta que surge exige pensar en los dos espacios como necesarios. Esto es, son dos instancias que funcionan mejor de manera conjunta, ya que como se mencionó, en la guardia el Otro ofrece un S2 de un universal que posibilita una sutura, un punto de basta, un capitoné, pero que a la vez resulta alienante. Mientras que en el caso de Los Pickles el Otro ofrece un S2 que no se cimenta en el discurso científico, sino que deja existir el particular del sujeto, *Los Pickles*, que hace efecto en cada sujeto de manera singular.

A su vez, Los Pickles pueden ser vistos o entendidos como un dispositivo, en donde hay un líder que no funciona como amo, en el que se produce ese movimiento donde cada uno se puede ir colocando en un lugar distinto a partir de los cuales hacer lazos con otros. Este dispositivo abre en sí mismo a la posibilidad de un lugar diferente a otro, esto es, la diferencia, el no-todo, el Uno no sin el Otro. Es desde este lugar del nosotros de Los Pickles o del baterista, la cantante, el guitarrista, etc., que se produce un lazo con la comunidad. Acá hay una variedad de significantes que ofrece el Otro, de movimientos que producen la enunciación.

Esto remarca el pasaje de la concepción de enfermedad vista solo desde lo biológico-orgánico al padecimiento psíquico que considera no solo lo biológico-orgánico sino también a la relación del sujeto con otro. Cabe mencionar que este pasaje está expresado en otros términos en la Ley 26.657. Esta ley enfatiza el mantenimiento de vínculos, establece el consentimiento informado, remarcando un *sujeto* de derecho y no solo de padecimiento. Si bien la noción de sujeto no es la misma que la trabajada en psicoanálisis, la coincidencia en los significantes permite concluir que en el dispositivo Los Pickles se trata de un sujeto que se enuncia desde un lugar diferente, un nombrarse más allá de la etiqueta diagnóstica, permitiendo desde allí hacer lazos con la comunidad y colaborando con lo que tradicionalmente se entiende por rehabilitación y reinserción.

## 13. ANEXO



A partir de las observaciones volcadas al Diario de Campo, aquí se recuperan recortes de dichos ordenados categóricamente en un cuadro para ir conformando un banco de información ordenado a la luz del eje propuesto.

Cuadro N.º 1:

<p style="text-align: center;">ÁREA DE EMERGENCIA</p>	<p>Esta área está conformada por cinco equipos de guardia. Las observaciones son tomadas en el equipo N°1 que corresponden a los días lunes en los meses de abril hasta noviembre del año 2019. Dicho equipo cuenta con una psicóloga, dos trabajadoras sociales, cuatro médicos psiquiatras, un enfermero y cuatro médicos de posgrado de psiquiatría.</p>
<p style="text-align: center;">PROFESIONALES DEL HOSPITAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Acá siempre van a ver mucha gente porque esta es la farmacia” (Diario de campo, 17/04/2019).</li> <li>- “Otra paciente judicial llega y se realiza valoración clínica. No se encontraron hallazgos psicopatológicos, pero sí consumo de cocaína” (Diario de campo, 29/04/2019).</li> <li>- “Es una situación judicial muy rara, el otro por lo menos es psicótico” (Diario de campo, 29/04/2019).</li> <li>- “Yo por lo menos no veo síntomas psicóticos” (Diario de campo, 29/04/2019).</li> <li>- “Vino una paciente, me parece que es anorexia paranoide también” (Diario de campo 20/05/2019).</li> <li>- “Es un episodio psicótico agudo impulsivo con ingesta alcohólica, le metió los cuernos la pareja, estuvo en tratamiento, le hicieron una pericia” (Diario de campo 20/05/2019).</li> <li>- “El otro paciente no tiene nada, solo DNI” (Diario de campo 27/05/2019).</li> <li>- “El miércoles estuvo medio raro, caótico, de terror. Ingresó el nuestro que también es débil” (Diario de campo 27/05/2019).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Es un adicto, solo eso, no sé si es psicótico, no sé si es o no, pero el tema es que es un adicto y si fuera un psicótico, bueno, sería uno más de los nuestro” (Diario de campo 27/05/2019).</li> <li>- “Usted como está embarazada deber ir al hospital materno acá no hay recursos para atender a una gestante, pero bueno acá el doctor le va a dar una medicación para que se pueda tranquilizar, con esto debe ir de nuevo a la maternidad y esperar a que la atiendan allí” (Diario de Campo, /2019).</li> <li>- “Bueno te vamos a dar esta mediación, es importante que aceptes el tratamiento para poder levantar. Las neuronas en este momento no están produciendo un neurotransmisor que produce ganas de levantarte, energía, por eso te pasa esto que decís que no te podés levantar, sería importante que empieces con esto y después vamos viendo” (Diario de campo, 29/07/2019).</li> <li>- “Siempre que es feriado no hay mucho movimiento porque está cerrada la farmacia y estadística” (Diario de campo, 26/08/2019).</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>PACIENTES O USUARIOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Soy Miriam, yo soy paciente de acá, vengo a buscar la medicación, soy F32, tomo sertralina, alprazolam...” (Diario de campo, 10/06/2019).</li> <li>- “Con la medicación estoy muy bien, me hace muy bien, sin medicación pareciera que se me achicara el mundo, la tomo al día” (Diario de campo, 10/06/2019).</li> <li>- “Si tengo sueño yo duermo, pero estoy mal desde que se me acabó el clonazepan por eso necesito, porque desde que no lo estoy tomando estoy muy mal” (Diario de campo, 19/08/2019).</li> <li>- “Bueno, vinimos porque tenemos miedo que se desencadene y vinimos antes que pase algo malo, ella dejó de tomar la medicación no está tomando su medicación, no quiere comer, no quiere tomar agua nada, está rebelde, no sé si es por la primavera, viste que ahora</li> </ul>

		<p>hay brotes en la primavera, se brotan” (Diario de campo, 28/10/2019).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Vine aquí porque yo acá me siento bien, cuando estoy mal acá me recupero y me quiero internar ¿puede ser? Para recuperarme, porque tengo miedo que me desencadene, viste por la primavera, que me brote, yo necesito internarme unos días acá y me recupero ¿puede ser?” (Diario de campo, 28/10/2019).</li> <li>- “Hace muchos años, al poco tiempo que le descubren la enfermedad, ella estaba trabajando en Londres, me llaman desde allá que la internaron, yo no entendía nada, la esquizofrenia nunca nadie ningún familiar tuvo esa enfermedad, no sé cómo la heredó, yo cuando me entere empecé a leer en los libros de que se trataba la esquizofrenia. ¿Es posible doctor que se brote ahora? Me dijeron acá que en la primavera están los brotes...” (Diario de campo, 28/10/2019).</li> <li>- “Si me siento angustiada, estoy muy triste, no la puedo alzar a mi bebe, no sé qué me pasa, si me quedo sola con ella tengo miedo de hacerle daño no puedo estar sola con ella, tengo pánico no puedo estar sola con ella, estoy cansada de estar mal” (Diario de campo, 20/05/2019).</li> </ul>
<b>ÁREA DE REHABILITACIÓN</b>		<p>Debido a los escasos recursos con los que cuenta el Hospital, el Área de Rehabilitación solo se sostiene por una Asociación Civil Abracadabra ofreciendo de forma voluntaria talleres que cuentan con un coordinador artístico y un coordinador terapéutico.</p>

	<b>TALLERISTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Me gusta decir que me llamo Donatello por las tortugas ninja viste... Donatello lleva su caparazón a todos lados y yo llevo mi bolso (señala su bolso), por eso te dije que me llamo Donatello, pero en realidad me llamo Fabián” (Diario de campo, 24/04/2019).</li> <li>- “Qué pena que esto no se pueda analizar, si están ustedes... (señala a los coordinadores del taller), pero estaría bueno que esto no sé... se pueda analizar con un psicólogo, por qué nos cuesta tanto interactuar con otro, somos tímidos, inhibidos” (Diario de campo, 24/04/2019).</li> <li>- “Creo que uno ya tiene un perfil de personalidad, una estructura de personalidad y uno ya está caminando en eso” (Diario de campo, 24/04/2019).</li> </ul>
<b>BANDA MUSICAL</b>		<p>Pasados varios años de llevarse adelante el taller de música en el 2011 nace una banda musical “The Pickles” como resultado de la asistencia constante de algunas personas, siendo la primera banda surgida de instituciones de salud mental de la provincia. Ya en el año 2016 se decide junto a los integrantes de la banda nominar al espacio como “ensayo de Los Pickles” al que solo asiste la banda.</p>
	<b>PICKLES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luciana (Baterista): “Yo soy Luciana soy la baterista de la banda con Arturo. Los dos tocamos la batería, cuando él canta toco yo y cuando yo canto toca él, yo tengo un estilo rockero porque mi onda viste es así” (Diario de campo, 04/05/2019).</li> <li>- Ricardo (Tecladista): “Hola mucho gusto yo soy tecladista y también toco el acordeón estoy hace muchos años en Los Pickles porque yo desde mi adolescencia que vengo al hospital y después me hice de Los Pickles hace como 10 años” (Diario de campo, 04/05/2019).</li> <li>- Ricard (Tecladista): “Yo soy paciente del Neuropsiquiátrico hace 15 años tengo esquizofrenia paranoide viste, eso no tiene cura, desde que tengo 17 años estoy acá, ya no internado pero bueno por si</li> </ul>

	<p>necesitas para la tesis, algún testimonio lo que quieras yo me ofrezco no tengo problema” (Diario de campo, 04/05/2019).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ricardo (Tecladista): “Yo soy esquizofrénico paranoide y bueno tomo la medicación que me dan acá hace mucho, si no tengo eso no sé... viste yo no tengo cura, la esquizofrenia no tiene cura” (Diario de campo, 04/05/2019).</li> <li>- Gastón (Representante): “Sí, yo también quiero que se aprendan la letra todos, pero no lo quiero decir mucho porque acá hay personas que no saben leer ni escribir, por ejemplo Pepe... bueno acá somos todos usuarios del Neuro” (Diario de campo, 01/06/2019).</li> <li>- Mauricio (Cantante y sonidista): “Acá estamos todos medicados” (Diario de campo, 15/06/2019).</li> <li>- Darío (Representante y guitarrista): /Antes de comenzar el ensayo con los instrumentos, se abre una ronda para decidir respecto a las canciones que se van a cantar en la próxima presentación. Se decide hacer la ronda para debatir ya que varios Pickles proponen ‘cantar las mismas canciones que la última presentación’ con el fundamento de que están más ensayadas, pero es de importancia mencionar que los que hacen este pedido son lo que cantan esas canciones. Darío (representante de la banda) expresa: “Yo digo que cantemos los cinco temas que no tocamos, porque todos votamos que sea así previamente, fue una decisión del grupo y no podemos faltar a nuestra palabra, agreguemos un día más de ensayo si les parece, pero no podemos faltar a nuestra palabra como grupo” (Diario de campo, 15/06/2019).</li> <li>- Darío (Representante y guitarrista): /Se abre un espacio de charla para seguir hablando del tema (hacer temas propios) planteado en el ensayo anterior/ “Es así miren yo les explico, presten atención todos por favor, tenemos que votar en la opción de seguir haciendo covers, como venimos haciendo, teniendo en cuenta que eso lleva mucho esfuerzo y desgaste para que salga igual al original o la otra opción</li> </ul>
--	--

	<p>es hacer temas propios que salen con otra fuerza, otra energía, cada vez que cantamos “Subite al Tren” y “Amor Musical” por ejemplo esos dos temas salen de diez y son lo que más pilas onda y ganas le ponemos porque son propios. Ya fuimos a un recital de bandas también y todas las bandas tenían temas propios los únicos que tenían covers éramos nosotros” (Diario de campo, 03/08/2019).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Darío (Representante y guitarrista): /Inicia el ensayo, se comienza a ordenar cada uno de los instrumentos en su lugar, micrófonos adelante, percusión en el medio, batería y teclado atrás, en un costado la consola en donde siempre se encuentra Darío (representante de la banda) quien una vez ubicados todos en el lugar que le corresponde, comienza a hacer la prueba de cada micrófono e instrumentos en el sonido, una vez chequeado todo, el mismo le da la señal para comenzar a Arturo/ “Dale Arturo larga nomas” /Arturo es el baterista quien choca los palos tres veces y dice en voz alta “3, 2, 1” y comienzan todos juntos/ (Diario de campo, 03/08/2019).</li> <li>- Darío (Representante y guitarrista): /A mitad del ensayo llega Mercedes con la mirada perdida, al caminar agarrada de los brazos de Leonardo (su marido quien también pertenece a la banda), entran y él ayuda a sentarse en la silla. Ella se encuentra rígida con la mirada hacia abajo sin hablar. Cada uno de Los Pickles se acerca a saludarla, pero ella no responde. En ese momento Darío decide interrumpir el ensayo para decir/ “Bueno chicos vieron que Andrés nos está ayudando con la música, como les dijimos a principio de año él se iba a incorporar para eso, también él es psicólogo y si alguien quiere hablar porque se siente mal o no tiene un buen día también puede pedirle a él habar un momento, o lo hablamos acá en el grupo y nos escuchamos entre todos” (Diario de campo, 03/08/2019).</li> <li>- Ricardo (Tecladista): “La medicación no hay que dejarla porque si no te pones mal, no se puede dejar la medicación, yo soy esquizofrénico paranoide y no puedo dejar la medicación, esta</li> </ul>
--	--

	<p>enfermedad no tiene cura y es imposible dejar la medicación” (Diario de campo,03/08/2019).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gastón (Representante): “Estoy negado a decir que cada vez que vamos a tocar tengamos que decir que somos de una institución de salud mental. Pienso que debería ser como bandas zonales” (Diario de campo 10/08/2019).</li> <li>- Mercedes (Cantante): “A mí no me gusta que nos digan que somos del neuro porque siempre nos presentan así ‘son del neuro’, yo no quiero subir al escenario y que digan ‘Los Pickles del neuro’. La gente nos mira mal y no me gusta si somos una banda y tenemos nuestro nombre no hace falta decir que somos del neuro a mí no me gusta” (Diario de campo 03/09/2019).</li> <li>- Ricardo (Tecladista): “A mí no me da vergüenza decir que somos de acá yo estoy en desacuerdo con lo que dice Mercedes, yo estoy orgulloso de ser de acá, para mí es un orgullo ser paciente del neuro y haber podido formar parte de esta banda que va a pegar un montón” (Diario de campo 03/09/2019).</li> <li>- Magdalena (Cantante y percusión): “A mí tampoco me gusta que nos digan que somos de acá, si somos una banda, porque tenemos que decir que somos del Neuro, todos dicen los locos del Neuro, yo cada vez que vengo con el Pablo, a mis vecinos y a mis familiares les digo que vamos a un ensayo de la banda, que es un taller en barrio junior, no digo nada de este hospital” (Diario de campo 03/09/2019).</li> <li>- Mercedes (Cantante): “Yo me siento mejor decir que somos de los Pcikles, no somos de ningún lado, somos Los Pickles” (Diario de campo 03/09/2019).</li> <li>- Gastón (Representante): “Es que está bien también lo que dice Magdalena porque acá nos prestan el salón y técnicamente no somos del neuro somos como un grupo que somos los Pickles, somos una banda que nació acá, pero eso no quiere decir que seamos de acá, ya nos separamos del Neuro” (Diario de campo 03/09/2019).</li> </ul>
--	--

		<p>- Pablo (Cantante y bailarín): “Antes a mí no me gustaba que me saquen fotos ni nada, ni subir el escenario, ahora que estoy tomando los remedios ando bien yo” (Diario de campo, 19/10/2019).</p>
--	--	---

## REFERENCIAS

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*. Recuperado de <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Belaga, G. A. (2005). Ciencia, política y clínica del trauma. En Belaga, G. A. (Ed.), *La uregncia generalizada 2. Ciencia política y clinica del trauma* (pp. 9-29). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Bercherie, P. (1890). *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial.
- Brasca, A. (2014). *El taller de muisca abierto a la comunidad del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba como un espacio que propicia la emergencia de la subjetividad de los talleres*. Universidad Católica de Córdoba.
- Braunstein, N. A. (2008). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, S.A.
- Canedo, L., Chang, M., Faire E., Lombardi, P. y Vicente, V. (2006). Transferencia y posición del analista en las psicosis. *El Psicoanálisis. Revista de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis*, (32). Recuperado de <http://elpsicoanalisis.elp.org.es/numero-32/transferencia-y-posicion-del-%E2%80%A8analista-en-las-psicosis/>
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2004). *Las huellas de la memoria: psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los años '60 y '70: tomo I: 1957-1969*. Buenos Aires: Topía.
- Castro, E. (s.f.). *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas conceptos y autores*. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/0B->

[LA9QVlrlcrcWI2ZVBFbkNzeVk/view?fbclid=IwAR04ENJiYF7A9BbHcR724MUOjsFuXsPPqvgWsRqLLWXOoy7qvO0zL0IRY\\_o](http://www.revistavirtualia.com/articulos/651/destacados/usos-posibles-del-dispositivo-psicoanalitico)

Cucagna, A. (2004). Usos posibles del dispositivo psicoanalítico. *Virtualia. Revista Digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, (9), 2 - 9. Recuperado de <http://www.revistavirtualia.com/articulos/651/destacados/usos-posibles-del-dispositivo-psicoanalitico>

De Leonardis, M. y Lafi, L. N. (2011). *Algunas relaciones entre arquitectura y clínica en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba*. Universidad Nacional de Córdoba.

Dor, J. (s.f.). *Introducción. La lectura de Lacan. El inconsciente estructurado como un lenguaje*. Recuperado de [http://www.mediafire.com/file/z0k73jz5etxj2d/Dor%252C Joel Introduccion a la lectura de Lacan 1.pdf/file](http://www.mediafire.com/file/z0k73jz5etxj2d/Dor%252C+Joel+Introduccion+a+la+lectura+de+Lacan+1.pdf/file)

Falcone, R. (2010). Breve historia de las instituciones psiquiátricas en Argentina. Del hospital cerrado al hospital abierto. Recuperado de [http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion\\_adicional/obligatorias/034\\_historia\\_2/Archivos/inv/Falcone\\_HistoriaInstit.pdf](http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_HistoriaInstit.pdf)

Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Caronte ensayos.

García, J. M., Jiménez, S. C. y Oviedo, L. S. (2011). *La invención como posibilitador de la estabilización en la psicosis: taller de video*. Universidad Nacional de Córdoba.

Georges Lanteri, L. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid, España: Triacastela.

Goldenberg M., (2006). La clínica y los nombres del padre. Nombre, metáfora y suplencia. *Virtualia Revista digital de la EOL*. Recuperado de <http://www.revistavirtualia.com/articulos/528/miscelaneas/la-clinica-y-los-nombres-del-padre>

- Gomez, M. (2019). Un signo un asunto lacaniano. *Lapso. Revista Anual de la Maestría en Tería Psicoanalítica Lacaniana*. (5). Recuperado de <http://matpsil.com/revista-lapso/portfolio-items/gomez-el-signo-un-asunto-lacaniano/>
- Gudiño, R. A. (2020). *El inconsciente real en la clínica del enigma*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Hacking, I. (2001). *¿La contrucción social de que?*. Buenos Aires: Paidós.
- Hermosilla, A. M. y Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental 26.657 antecedentes y perspectivas. *Psiencia Revista LatinoAmericana De Ciencia Psicológica*. 4 (2), 134-140. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4391116>
- Jara, O. (2011). La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos. *Revista Matinal*, (4 y 5). Recuperado de [https://cepalforja.org/sistem/documentos/decisio28\\_testimonios1.pdf](https://cepalforja.org/sistem/documentos/decisio28_testimonios1.pdf)
- Laca, J. (2015). *El seminario 3. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (). Breve discurso a los psiquiatras. En el Cercle Psychiatrique H. Ey, Sainte Anne. Resumen recuperado de <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.12%20%20BREVE%20DISCURSO%20A%20LOS%20PSIQUIATRAS,%201967.pdf>
- Lacan, J. (1958-1959). *El Seminario 6. El Deseo y su Interpretación*. Inédito.
- Lacan, J. (2003). *Escritos II por Jacques Lacan*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, S.A.
- Lacan, J. (2017). *El Seminario 11. Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (2013). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

- Laurent, E. (2013). El sujeto de la ciencia y la distinción femenina. En Sánchez, B. *La clínica de lo singular frente a la epidemia de las clasificaciones XXI Jornadas anuales de la EOL. Colección orientación lacaniana*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Laurent, E. (2019). La traslación diagnóstica y el sujeto. *Revista Psicoanalítica Publicada en Barcelona Bajo Los Auspicios de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis. Freudiana. La Discordia Entre los Sexos*. (87), 75 - 96.
- Levy Yeyati, E. (2006). Sobre el manejo de la urgencia. En Belaga, G. A. (Ed.), *La urgencia generalizada. La práctica en el hospital*, (pp. 115-128). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Ley N° 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires, Argentina, 29 de mayo de 2013.
- Matusevich, D. (Ed), Huertas, R., Stagnaro J. C., García de Amusquibar A. M., Rossi G. P., Vaschetto, E., Levin, S., y Conti, N. A. (2017). *¿Quién hace la historia?: Biografías de Psiquiatras Argentinos*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Miller, J. A. (1998). *Elucidación de Lacan. Charlas brasileñas*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (2001). El ruiseñor de Lacan. *AAVV: Del Edipo a la sexuación*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (2006). *Matemas I. Jacques Alain Miller*. Argentina: Manantial.
- Miller, J. A. (2010). *Introducción al método psicoanalítico. Jacques-Alain Miller*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (2010). *Los usos del lapso. Los cursos psicoanalíticos de Jacques-Alain Miller*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (2013). *Piezas Sueltas. Los cursos psicoanalíticos de Jacques-Alain Miller*. Buenos Aires: Paidós.

- Miller, J. A. (2017). *Quehacer del psicoanalista. Recorrido de Lacan. Jacques - Alain Miller. Ocho conferencias*. Buenos Aires: Talleres Gráficos Leograff SRL.
- Miller, J. A. (2018). *Del síntoma al fantasma. Y retorno. Los cursos psicoanalíticos de Jacques-Alain Miller*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. L. (2016). *Habeas Corpus*. Trabajo presentado en Congreso de IÁMP Rio de Janeiro. Resumen recuperado de <http://ampblog2006.blogspot.com/2016/07/habeas-corpor-por-jacques-alain-miller.html>
- Muñoz, P. D. (2011). La lógica de alienación-separación en el pasaje al acto. *Anuario de Investigaciones*, XVIII, 1001-111. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139947063.pdf>
- Otaegui, A. L. (2016). *El fundamento real del sujeto supuesto saber en distintos momentos de la enseñanza de Lacan*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de San Martín. Instituto clínico de Buenos Aires.
- Panés, J. M. (2009). La cuestión de la nominación en el seminario de J. - A. Miller "Piezas Sueltas". *Nodus. L'aperiódic Virtual de la Sección Clínica de Barcelona*. (28), 1-13. Recuperado de <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=336&rev=42&pub=2>
- Puigpinós, S. (2013). De la contingencia farmacológica a la singularidad. En Sánchez, B. *La clínica de lo singular frente a la epidemia de las clasificaciones XXI Jornadas anuales de la EOL. Colección orientación lacaniana*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Real Academia Española. (2020). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <https://dle.rae.es/consulta>
- Rojas, M. A., Miari, A. S., Paturllane, E. L., Rodríguez, L. (2014). *Psicoanálisis y salud mental: un lugar extraterritorial*. Trabajo presentado en el VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas

de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-035/711>

Roudinesco, E. y Plon M. (2008). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Vegetti, H. (1985). *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.

Yellati, N. (2013). El DSM y las epidemias diagnósticas. En Sánchez, B. (Ed.), *Colección Orientación Lacaniana. La Clínica de lo Singular Frente a la Epidemia de las Clasiificaciones. XXI Jornadas Anuales de la EOL* (pp. 47-52). Buenos Aires: Grama Ediciones.

Yuni, A. J. y Urbano, A. C. (2005). *Mapas y herramientas para conocer la escuela: investigación etnográfica e investigación-acción*. Córdoba: Brujas.