

Bisio, Catalina

**La práctica del psicólogo en
pacientes con diagnóstico de
psicosis en consultorio externo
de un sanatorio monovalente
de la Ciudad de Córdoba**

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

Director: Galarza, Aldo José

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.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



Universidad Católica de Córdoba

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

“La práctica del psicólogo en pacientes con diagnóstico de psicosis en consultorio externo de un sanatorio monovalente de la Ciudad de Córdoba.”

Autora: Catalina Bisio

Director: Lic. Aldo José Galarza

La práctica del psicólogo en pacientes con diagnóstico de psicosis en consultorio externo de un sanatorio monovalente de la Ciudad de Córdoba.



Universidad Católica de Córdoba

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Sistematización de Prácticas

Contexto Clínico

*“La práctica del psicólogo en pacientes con diagnóstico de psicosis en consultorio
externo de un sanatorio monovalente de la Ciudad de Córdoba.”*

Autora: Catalina Bisio

Director: Lic. Aldo José Galarza

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia quiero agradecer a mi familia y amigos, ya que en esta etapa de mi vida han sido pilares fundamentales. Su acompañamiento permitió que no baje los brazos y llegue a donde estoy hoy. Les agradezco el apoyo y la confianza que han volcado en mí.

A mi director de tesis, Lic. Aldo José Galarza le agradezco su predisposición desde el comienzo. Su paciencia y dedicación. Fue un gran maestro que me guió a lo largo de toda la carrera. A mi tutora Mgter. Elizabeth Jorge, por acompañarme en el transcurso de la práctica, ya que construimos juntas el proyecto del trabajo presentado.

También me gustaría agradecer a mis compañeras de tutorías, ya que sin ellas no hubiese sido lo mismo. A mis compañeros de curso, ya que transitamos la carrera universitaria juntos.

A la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Católica de Córdoba, que durante todos los años de carrera me brindó un espacio de aprendizaje. Aquí tuve el placer de ser alumna de grandes profesionales, futuros colegas. Quiero agradecer a todos los docentes que me han formado a lo largo de los años. Gracias por su generosidad.

Por último, quiero agradecer al Sanatorio Morra que me abrió las puertas para realizar mis prácticas profesionales supervisadas. Especialmente a la Lic. Stella Maris Puente y Lic. Sofía Marioli, ya que me han compartido su pasión por la profesión y me han instruido como futura profesional. Gracias por el tiempo y predisposición, me llevo mucho de la experiencia.

Gracias a todos, les agradezco de corazón. Espero con este trabajo transmitirles un poco de lo mucho que me han brindado.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. CONTEXTO DE PRÁCTICA	8
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL	13
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	18
5. OBJETIVOS	20
5.1 Objetivo general	21
5.2 Objetivos específicos	21
6. PERSPECTIVA TEÓRICA	22
7. MODALIDAD DE TRABAJO	36
7.1 Caracterización de los Sujetos	57
7.2 Técnicas de Recolección	37
7.3 Consideraciones Éticas	38
8. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	40
9. ARTICULACIÓN TEÓRICA PRÁCTICA	56
9.1 Otro tipo de Encuadre	57
9.2 ¿Cómo intervenir con pacientes diagnosticados con psicosis?	61
9.3 Alcances y limitaciones del quehacer profesional al momento de tratar con pacientes psicóticos en consultorio externo	70
10. CONSIDERACIONES FINALES	76
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82

1. INTRODUCCIÓN

El presente escrito, propuesto por la cátedra Práctica Profesional Supervisada, tiene el objetivo de plantear el Trabajo Integrador Final. Su propósito es ser evaluado como instancia final para finalizar la carrera de Licenciatura en Psicología.

En el siguiente apartado, en primer lugar, se procederá a describir de forma general el contexto de la práctica. Aquí se llevará a cabo un desarrollo del contexto clínico teniendo en cuenta autores y conceptos relevantes. Luego, se enfocará en el contexto institucional donde se realiza la práctica, es decir, el Sanatorio Morra. En tercer lugar, se dejará plasmado el eje de sistematización. A continuación, el objetivo general y los objetivos específicos. Posteriormente, se encontrará la perspectiva teórica, donde se desarrollarán conceptos de diversos autores sobre el eje de sistematización. Estas conceptualizaciones proponen un acercamiento a una mirada psicoanalítica. Seguido a esto, se describe la modalidad de trabajo, donde se especificará la caracterización de los sujetos, las técnicas de recolección y las consideraciones éticas.

Luego, se encontrará un apartado con la recuperación del proceso vivido. Aquí se incluyen registros e interpretaciones personales. Posteriormente, se dejará plasmado el análisis de la experiencia, donde hay una fusión de lo sistematizado en las prácticas junto con la teoría que la sustenta. Por consiguiente, se encontrarán las conclusiones del trabajo integrador final, donde se intentará dar una postura de lo observado y aprendido. En última instancia, las

referencias utilizadas en el escrito.

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

La Psicología es una ciencia que estudia el comportamiento del ser humano en todos sus ámbitos, es decir, en todas sus manifestaciones y contextos, incluyendo las relaciones sociales, familiares, laborales y educativas. Se interesa por el padecimiento psíquico de un sujeto¹ (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos [EFPA], 2003). En el mismo orden de ideas, el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, ante la Ley n° 7106 del ejercicio profesional publicada en 1984, considera que la Psicología tiene como fin llevar a cabo el asesoramiento, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Además, la recuperación, conservación y prevención de la salud mental (Federación de Psicólogos de la República Argentina [Fe. P. R. A.] , 2018).

La Psicología Clínica, dentro de la Psicología en general, es una disciplina científico-profesional, con historia e identidad propia. Lighner Witmer es considerado un pionero de esta disciplina ya que en 1896 dio lugar a la Psicología clínica y a su método, conocido como “método clínico” en la Universidad de Pennsylvania, Estados Unidos. Además, Sigmund Freud, fue otro fundador de la Psicología Clínica, quien en ese mismo año creó el Psicoanálisis como su propio método clínico (EFPA, 2003). A su vez, Ávila Espada (1990) observa cómo en la Psicología Clínica es relevante el lugar que ocupa la teoría, ya que es el marco de referencia para el desarrollo de la técnica, los criterios diagnósticos y las intervenciones. Es decir, es relevante tener en cuenta desde qué perspectiva se lleva a cabo la práctica.

Por otro lado, se puede definir a la Psicología Clínica como “una especialidad sanitaria de la Psicología que se ocupa de los procesos y fenómenos psicológicos relacionales implicados en los procesos de salud-enfermedad de los seres humanos” (Soto- Baño y Clemenente- Suarez, 2021).

¹ En el apartado original de la EFPA (2003) no habla de padecimiento psíquico sino de estudiar lo normal como anormal del comportamiento humano. Este concepto de “padecimiento psíquico” es una actualización sobre el término para hablar sobre salud mental recuperado de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

A lo largo del siglo XX, la Psicología Clínica comenzó a organizarse en instituciones propias ganando terreno y logrando así un perfil profesional propio. Retomando los aportes de la EFPA (2003) se puede observar, por ejemplo, que en 1917 se creó la “American Association of Clinical Psychologists” una asociación propia de psicólogos clínicos. Por otro lado, en 1945 se produce la creación del Código Ético para Psicólogos Clínicos, lo cual permitió categorizar al Psicólogo Clínico² como experto en enfermedades mentales, donde los mismos realizan evaluaciones psicodiagnósticas y tratamientos psicoterapéuticos. En nuestro país, en el año 1977 se fundó la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A) cuyo objetivo era lograr la autonomía de la profesión, permitiendo que el ejercicio profesional tenga vigencia en todo el país (Fe.P.R.A, 2012). A nivel provincial, en 1993 se constituye el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, bajo la Ley N° 8312 con el objetivo de regularizar la profesión en esta región (Colegio de Psicólogos de Córdoba, 2016). Asimismo, en 2016 el Ministerio de Salud de la Nación aprobó a la Psicología Clínica como especialidad de la Psicología (Fe. P. R. A, 2018).

Cabe considerar, por otra parte, que desde 1984, los psicólogos clínicos de la provincia de Córdoba, actúan siguiendo los lineamientos de la Ley n° 7106. En dicha reglamentación, se especifican las diferentes tareas del Psicólogo Clínico. A su vez, se determina que esta área de la Psicología se especializa en:

La exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad; la investigación y formulación de diseños experimentales; el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad mediante psicoterapia o terapia psicológica... (Ley 7106, 1984. Art 3 a.).

² Es relevante aclarar que para lograr una lectura más llevadera se ha plasmado el vocabulario a lo largo del escrito en género masculino. Sin embargo, en todo momento se hace referencia a ambos sexos. Es decir, en este caso, donde se menciona a los psicólogos clínicos, esta categoría incluye a toda persona que lleva a cabo esta profesión. No se remite solo a un género específico, a no ser que sea aclarado en el escrito.

Es decir, la psicología lleva a cabo el ejercicio de consulta, interconsulta, evaluación psicológica y diagnóstica, tratamiento, promoción y prevención, rehabilitación, resocialización, acompañamiento terapéutico, supervisión, docencia e investigación. Todo esto se desarrolla en hospitales generales, hospitales monovalentes, clínicas, centros de salud, consultorios privados u otras instituciones (Fe.P.R.A, 2018).

Lagache (1982) menciona que es fundamental poder ubicar al sujeto en “situación” en la Clínica. Es decir, para poder hacer un diagnóstico, se debe considerar al sujeto como portador de un conflicto, y así observar sus modalidades de enfrentamiento y resolución en contexto. Propone que cada situación es propia y se refiere a circunstancias de la vida de cada persona y sus ámbitos, siempre haciendo foco en su integridad. Por otro lado, Salomone (2008) propone que todo lo que se hace dentro de la clínica, produce efectos en el sujeto. Es decir, que la dimensión ética es una vertiente más que se debe tener en cuenta para poder trabajar. La ética implica un compromiso y actitud práctica y normativa.

A continuación, García Barthe (1997) remarca que la práctica profesional nunca se da en el vacío, sino que tiene efectos sobre las personas. A su vez, el autor manifiesta que son los profesionales los responsables de las acciones y consecuencias. En este caso, los Psicólogos Clínicos, deben pensar sobre su quehacer y fundamentar el por qué, ya que hay que ocuparse de los efectos de sus propias acciones. “La postura frente a la clínica no es una postura teórica, sino ética” (García Barthe, M. 1997, pág. 89). La ética permite que se pueda reflexionar sobre la acción.

En referencia al marco legal, diferentes leyes de la República Argentina han creado normativas para las prácticas profesionales de la Psicología. Desde 1985 la Ley N° 23.227 es la que regula las normativas asociadas al ejercicio profesional de Psicólogo a nivel Nacional. A nivel Provincial, Córdoba desde 1984 se adhiere a la Ley N° 7106 que se mencionó anteriormente. Además, la Ley N° 26.529 promulgada en 2009, resguarda los derechos del

paciente, y la Ley de Salud Mental 26. 657 publicada en 2010 tiene por objetivo proteger los derechos civiles, sociales y culturales de los enfermos mentales.

En cuanto al rol del psicólogo, se lo puede definir al mismo como facilitador y acompañante de la construcción de una respuesta individual o comunitaria (Lagache, 1982). Ávila Espada (1990), ya en su momento considera que el rol del Psicólogo Clínico ha sufrido modificaciones a lo largo del tiempo. Es decir, de ser específicamente diagnosticador y terapeuta ha pasado a ser también gestor, formador, evacuador y planificador.

En la actualidad, se puede observar cómo el contexto de emergencia obligó a los psicólogos a ejercer en modo virtual. Se considera que en la terapia virtual se deben utilizar las mismas pautas éticas y profesionales que se demandan en la actividad presencial. (Fe. P. R. A, 2018). Sin embargo, aquí entran en juego nuevos requisitos para que la terapia sea apropiada, eficaz y segura, como por ejemplo, que la persona tenga un espacio adecuado para realizar la sesión. Es decir, si cuenta con un lugar privado donde pueda hablar y que no haya distracciones, que sea cómodo. Lo que se intenta es que la riqueza del análisis no se pierda entre las pantallas.

A su vez, la pandemia mundial hace repensar el rol de los psicólogos. De esto hace referencia Cepeda (2020) dando cuenta de cómo la situación de emergencia de la pandemia, y lo inédito de la misma, atravesó a todos. Hoy el psicólogo debe centrarse en poder restaurar los lazos sociales y las motivaciones que tenían los sujetos antes de la pandemia. Poder promover la reflexión y alentar a que la persona que se acerca pueda desarrollar todas sus capacidades y así lograr una mejor calidad de vida.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

El Sanatorio Morra es una institución privada fundada en el año 1927 por el Dr. León S. Morra. Desde sus inicios se focaliza en la salud mental de las personas. Se la considera una de las instituciones más grandes del país (Díaz, Maris Puente, comunicación personal, 3 de junio de 2021). En la actualidad, se especializa en salud mental, adicciones y neurorehabilitación. Se encuentra localizada en Av. Sagrada Familia esq. Nazaret, B° Urca CP X5009BIN, Córdoba Capital, Argentina.

El Dr. Morra estaba interesado en resolver los problemas de “los alienados”³ de las sociedades. Fomentando respeto y dignidad, tenía intenciones de tratar con las personas que tuvieran padecimiento mental. Ya en su momento, tenía la idea visionaria de evitar la internación y atender en los domicilios. Por tal motivo, luchaba por una legislación para la Salud Mental. En el año 2003 el Dr. Morra falleció. En la actualidad, la institución está a cargo de los bisnetos Dres. León y Carlos Morra. (Sanatorio Morra, s.f.).

En sus inicios, el Sanatorio Morra llevaba el nombre de “Clínica de las Rosas”, dado que estaba localizado en el Cerro de las Rosas, un barrio que se caracterizaba por la predominancia de estos árboles. Cuando la institución fue creada, se encontraba en la periferia de la ciudad. Esto respondía a los parámetros de la época, ya que a los padecientes de salud mental se los excluía de la sociedad (Sanatorio Morra, s.f.). Sin embargo, luego se lo denominó “Sanatorio Morra”, y en la actualidad, este barrio antes marginal es uno de los barrios más prestigiosos de Córdoba.

En aquellos tiempos la modalidad de tratamiento era de internación a todos los enfermos neuropsiquiátricos, ya que en ese entonces regía el paradigma de la supremacía médica. Desde 1960 con la incorporación de los consultorios externos se observa cómo este paradigma comienza a desdibujarse, y es así como surge una nueva corriente donde se

³ La palabra alienados es un sobrenombre que han recibido los padecientes de salud mental en aquellos tiempos. Se los excluía de la sociedad al etiquetarlos con este apelativo

incorpora un enfoque interdisciplinar en el abordaje de patologías mentales. Se comienzan a tener en cuenta los derechos de los padecientes y se intenta cambiar el modo de trabajar. En 1990 se comienza a externalizar a los pacientes crónicos con el fin de disminuir las internaciones (Sanatorio Morra, s. f.).

A continuación, en 1996 se crea el “Servicio de Hospital de Día” como dispositivo intermedio entre la internación y la externación definitiva. Esta se la considera como una herramienta orientada a la prevención, promoción y preservación de la salud mental, siempre hablando de enfermedades mentales de menor complejidad. Posteriormente, en el 2000 el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba a través de RU.Ge.Pre.Sa, habilitó al Sanatorio Prof. León S. Morra, conforme la normativa vigente en la ley N° 9848, como centro de salud polivalente (Sanatorio Morra, s.f.).

En cuanto a su estructura edilicia, la institución posee 6000 m² edificados; 15000 m² de parques y jardines; Hospital de Día; Habitaciones VIP; Área de Cuidados Intensivos y pacientes crónicos; Consultorios; Laboratorio; Gimnasio; Salones de Uso Múltiple. Además, cuenta con diversos dispositivos terapéuticos como los tratamientos ambulatorios, consultorios externos (psiquiatría, psicología y psicopedagogía); Atención domiciliaria tanto programada como de urgencia, Hospital de Día; Internación de pacientes agudos, internación breve para pacientes en crisis, e internación de pacientes crónicos sin posibilidades de reinserción comunitaria por falta de continente socio- familiar y afectivo y limitación por el curso de su patología propia de base, Servicio de Acompañantes Terapéuticos. Además cuenta con tratamiento especializados de: Trastornos de la alimentación, Trastornos del stress y asociados con traumas, Trastornos de la ansiedad, Depresión, Trastornos Bipolar, Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, Trastornos de la sexualidad, Trastornos de la personalidad, Trastornos de la niñez y la infancia, Demencias y trastornos cognitivos, Discapacitados y Adicciones. (Sanatorio Morra, s.f)

Todas las infraestructuras mencionadas responden a una cierta jerarquía dentro de la institución. La misma se propone para generar un cierto orden y facilitar la comunicación entre los diferentes sectores. En primera instancia, se encuentra la dirección ocupada por los Directores Morra. Luego se encuentra el área de Administración y sucesivamente se encuentra la coordinación de psicología y los profesionales; recreación; servicio social; guardia; coordinadores de residencias; servicio de clínica médica; farmacia; laboratorio; mantenimiento y limpieza; profesionales de recreación y laborterapia. Por otro lado, la institución cuenta con 6 servicios de internación diferentes. Cada pabellón cuenta con un equipo interdisciplinario donde se encuentra el jefe de servicios, luego los médicos y psicólogos de plantas y finalmente los médicos y psicólogos residentes (Díaz, Maris Puente, comunicación personal, 3 de junio de 2021).

El Sanatorio Morra se propone desde la prevención, tratamiento y asistencia lograr una mejor calidad de vida a sus pacientes. Tiene como fin poder lograr la recuperación y reinserción de la persona. Ante todo, la institución tiene como herramientas principales “el compromiso con la persona, la capacitación junto a la investigación constante y el compromiso humano de sus profesionales, todo enmarcado en un entorno contenedor.”(Sanatorio Morra, s.f). En efecto, el Sanatorio Morra continúa con la perspectiva visionaria que ha tenido su creador en sus inicios. Focalizándose en la reinserción, rehabilitación, recuperación y resocialización de los padecientes mentales, se adapta a los nuevos tiempos y a las nuevas demandas (Sanatorio Morra, s.f).

En la actualidad el Sanatorio Morra cuenta con 200 profesionales de la salud. Asimismo, cuenta con un promedio anual de 83 residentes y concurrentes de psiquiatría y psicología que realizan sus prácticas; además de 93 acompañantes terapéuticos. Los mismos permiten llevar a cabo más de siete mil consultas mensuales y más de cien internaciones

mensuales, con un promedio de 25 días, y en disminución progresiva constante (Díaz, Maris
Puente, comunicación personal, 3 de junio de 2021).

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

La práctica del psicólogo en pacientes con diagnóstico de psicosis en consultorio externo de un sanatorio monovalente de la Ciudad de Córdoba.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

- Caracterizar la práctica del psicólogo en pacientes diagnosticados con psicosis en el área ambulatoria de una institución monovalente de la Ciudad de Córdoba.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar el encuadre del psicólogo que se desempeña dentro de consultorios externos de una institución con pacientes diagnosticados con psicosis.
- Describir las intervenciones del psicólogo con pacientes psicóticos en el área ambulatoria de un sanatorio monovalente.
- Indagar alcances y limitaciones del quehacer profesional al momento de tratar con pacientes diagnosticados con psicosis en consultorio externo.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

El campo de la psicología clínica se extiende en diferentes instituciones tanto públicas como privadas. La práctica del psicólogo es requerida en estos lugares para trabajar con pacientes de una manera exhaustiva, promoviendo el trabajo entre profesionales. El psicólogo podrá dar cuenta de aspectos de la personalidad, intelectuales, afectivos, siempre priorizando la particularidad de cada sujeto. El objetivo es ayudar a mejorar las situaciones mediante los conocimientos y técnicas de la psicología. Es decir, lo teórico se vuelca en la práctica. Se debe tener las herramientas para ayudar a ese sujeto que consulta (Díaz Martínez y Núñez Pérez, 2010).

En función a lo planteado, Vegh (2007) considera pertinente que a lo largo de la historia, gran variedad de autores han estudiado sobre la mente humana, logrando sentar las bases de la clínica psicológica. Según este autor, la psicosis es uno de los temas con más repercusión, debido a las diversas teorías y posturas. Sin embargo, para hablar de psicosis, en un primer momento se debe mencionar la psicopatología en general. Sierra Rubio (2013) define la psicopatología como una disciplina que estudia los trastornos mentales. Es decir, del origen, curso y la evolución de los acontecimientos psíquicos patológicos.

Los inicios de las psicopatologías se remontan a los siglos XVII y XVIII. Aquí las personas comienzan a notar enfermedades de otro carácter que difieren a lo visto hasta el momento (Morra, 1915). Según León Morra (1915) en ese entonces, primaba la ignorancia. Cualquier tipo de enfermedad mental era incomprendida. Había muchas supersticiones y etiquetas. Llamaban a las personas con psicopatologías bestias, demonios, criminales. Debido a esto, se los comenzó a alienar en lugares para poder tratarlos. Es decir, se los estudiaba, y si no mejoraban se los consideraba incurables y permanecían allí, encerrados de por vida. Aquí la violencia y el desprecio se sumaban a los sufrimientos subjetivos de los padecientes. Morra (1915) marca estos momentos como iniciales, donde se abren las puertas a la investigación de las enfermedades mentales.

Por su parte, Philippe Pinel, es un pionero a la hora de hablar de la psiquis humana (Mazzuca, 1986). Da inicio a la historia de la psiquiatría ya que comienza a buscar explicaciones a las afecciones mentales llamadas neurosis cerebrales. Pinel (Mazzuca, 1986) describe a estas como perturbaciones en las funciones intelectuales del sistema nervioso. Este autor clasifica dentro de las neurosis cerebrales dos grupos. Por un lado, las neurosis de afecciones comatosas. Estas tienen abolición total de las funciones psíquicas. Por otro lado, se encuentran las neurosis vesanias. Aquí las funciones están perturbadas. En este último grupo se incluye la locura⁴ y la manía, melancolía, demencia e idiotismo (Mazzuca, 1986). Dicho esto se observa como Pinel (Mazzuca, 1986) da inicio a toda una investigación de la psiquis, como enfermedad o estructura, dependiendo de la perspectiva psiquiátrica o psicológica. Freud (1976) toma los aportes de Pinel, fue su base para comenzar a estudiar la mente humana en el contexto que se encontraba.

Siguiendo un poco más, Palomera (2014) menciona que en el siglo XIX se considera al psiquiatra como hombre de la ciencia. Por lo tanto, a la hora de estudiar la mente humana, su método era mediante la etiología orgánica. Es decir, las enfermedades mentales se relacionan a lesiones cerebrales. Mazzuca (2001) retoma los aportes de Emil Kraepelin, que sostiene que la etiología de las enfermedades mentales remite a un origen infeccioso o genético, con una evolución desfavorable. Esto deja en evidencia cómo en un primer momento muchos de los autores proponen respuestas sobre las patologías mentales desde el punto orgánico, el punto reconocido por la ciencia. Sin embargo, Palomera (2014) asegura que recurrir a la ciencia para curar los desórdenes de las personas es una ilusión. Siguiendo con la línea de pensamiento de Freud, Palomera (2014) propone el psicoanálisis como método de tratamiento, ya que se enfoca en la palabra del paciente. El autor dice: “El psicoanálisis mantiene la contingencia del hablante que, por el hecho de ser sujeto del

⁴ En sus momentos se la entendía a la locura como una cualidad que tenía un grupo de personas que se asociaba con la peligrosidad. Ante lo desconocido la solución era el encierro. Es una palabra general que describe actitudes de una persona que son desadaptativas y disruptiva.

lenguaje, resultado del reencuentro entre palabras y cuerpo, encuentra su libertad en sus tropiezos” (Palomera, V. 2014, p. 12).

Desde el punto de vista del psicoanálisis, el hombre es un sujeto que construye su propia realidad. La interpreta dándole un significado (Hornstein, 2013). Por ende, cuando se habla de psicopatología, se involucra al sujeto pero también nociones culturales, emocionales, sociales e históricas ya que gracias a los símbolos y códigos, los sujetos crean y construyen el sentido de su mundo (Hornstein, 2013). Las reglas de la sociedad permiten definir qué conductas son adecuadas. Por lo tanto, las enfermedades mentales entrarían en lo que no concuerda con lo avalado por la cultura. Como menciona Morra (1915) todo aquel que tenía un comportamiento fuera de lo que era considerado normal, se lo excluía de la sociedad, privándolo de su libertad. Por su parte, Pinel (Mazzuca, 1986) llama la psicoterapia como tratamiento moral. La intención en esta perspectiva psicoanalítica según Hornstein (2013) es interpretar las acciones de un modo particular. En las psicopatologías es necesario tener en cuenta la implicancia del sujeto. No basta solo pensar al hombre como un organismo.

Dicho todo esto, Freud (Hornstein, 2013) sostiene que su enemigo es la sociedad de su época. Cuando comienza a estudiar la psiquis humana, toma los aportes de los psiquiatras de la época, y desde esa perspectiva realiza su propia nosología. Freud (Mazzuca, 2001) en un primer momento habla de las neurosis actuales, un trastorno en el sistema nervioso central. Dentro de esta categoría se podían encontrar diversos grupos que se diferencian dependiendo de los síntomas. Por otro lado, se encuentran las neuropsicosis. Según Mazzuca (2001) Freud toma de Krafft Ebing los conceptos de neuropsicosis. Aquí los síntomas son degenerativos tanto mentales como corporales. Sin embargo, en el caso a caso es cuando Freud se da cuenta de que no hay que hablar en término degeneración sino de predisposición. Hay gente más predispuesta a tener estas enfermedades, lo psíquico no está determinado por el sistema nervioso central. La psique es importante ya que era el motivo principal de la patología (Mazzuca, 2001). Esta primera clasificación que hace el autor refleja el punto de partida de la

teoría freudiana. Ernst Freuchrersleiben es otro de los pioneros que habla de la psicosis como afecciones mentales (Mazzuca, 1986). Es decir, desde el punto de vista del psicoanálisis, en sus inicios el desconocimiento de la especificidad de la estructura lleva a muchos autores a realizar prácticas novedosas, donde surgieron muchas líneas de pensamiento (Vegh, 2007). Palomera (2014) menciona que los primeros clínicos, solían estar implicados en una relación con un lugar inesperado, lugar diferente al que tenían con sus otros pacientes. Al ser los pioneros en este campo, no tenían cartografía para poder guiarse. Por este motivo, comienza a haber diferentes caminos para hablar de la psicosis.

Cuando se habla de psicosis, se parte de las primeras concepciones que dio Freud (1986) ya que este fue el que descubrió ciertos mecanismos implicados en esta estructura mediante el caso Schreber. Según Palomera (2014) Freud aborda el caso a caso, la singularidad del sujeto. Así empieza a construir una clínica donde se comenzaron a identificar los fenómenos clínicos y la lógica, la explicación de los procesos mentales de esta estructura novedosa para las personas. En sus inicios, Freud notaba que los pacientes diagnosticados con psicosis se encontraban estables luego de tener encuentros regulares con un psicoanalista. Además, dio cuenta del lugar que hace posible que el analista se pueda incluir en la estructura de cura y así poder llevar a cabo una intervención. Es decir, Freud saca sus propias teorías y opiniones, y empieza a notar que el lugar no depende del psicoanalista sino del lugar que ese sujeto le asigna (Palomera, 2014). Freud (1986) sostiene que en la psicosis se debe tener en cuenta como retornan las representaciones reprimidas y cómo se forma el síntoma. Es decir, como se lleva a cabo el mecanismo de la represión. Postula que el conflicto reside entre el Yo y el mundo exterior, ya que el sujeto se termina excluyendo de este. Freud (1976) menciona que en la psicosis se reconstruye el fragmento de la realidad desmintiendo y sustituyéndola con una formación delirante. Según Freud (Palomera, 2014) la realidad psíquica es lo que marca la real diferencia entre la neurosis y psicosis. El neurótico, en un

primer lugar, su elección es defenderse de lo real que excede cualquier simbolización. En segundo lugar, el psicótico, rechaza la identificación, por ende no tiene defensas ante lo real del goce. Por esto, si la identificación primordial es una solución universal que los sujetos eligen, los sujetos psicóticos rechazan esta solución y están obligados a inventar otro tipo de solución, propia del sujeto particular. Es decir, el psicótico termina rechazando la identificación común. Palomera (2014) sostiene que este rechazo tiene como consecuencia el delirio, y que nada puede llegar a suplir. Palomera (2014) toma los aportes de Freud y comienza a hablar de la posición subjetiva de cada sujeto. El autor comenta que en la psicosis se desprende el atractivo de las identificaciones. Es pertinente el poder de la identificación ya que mediante las identificaciones se puede lograr el efecto de sugestión y masificación que inducen un discurso normalizado en los sujetos. Al no ocurrir esto en los casos de la psicosis, el psicótico encuentra el delirio como soporte. Sin embargo, más allá de sus aportes, este Freud (1976) asegura que el método psicoanalítico no es el ideal para tratar con la psicosis, dejándola de lado. Por esto, es Lacan (1997) quien comienza a estudiar la estructura psicótica para demostrar lo contrario, es decir, que es posible.

Según Briole (2014), Lacan continúa el trabajo que inicia Freud en una primera instancia, interesándose en las producciones del paciente. Es decir, no desliga al sujeto de sus pensamientos y actos. Ambos autores partieron del hecho que en estos tipos de pacientes ellos tienen las respuestas, tienen la certeza del saber. Al igual que Freud, Lacan (1997) para poder investigar sobre la psicosis, estudia los casos clínicos. A partir de los años 50, comienza a escribir diferentes seminarios que abordan esta temática. Aquí, pudo observar cómo las personas psicóticas no tienen una deficiencia, sino que poseen otra estructura. Lacan se enfoca en las estructuras mentales particulares. (Briole, 2014) Retomando los aportes de Mazzuca (2001), este autor comenta que se distinguen tres diferentes estructuras: neurosis, psicosis y perversión. Se diferencian estas estructuras en términos de posiciones

subjetivas. Lacan (1997) busca delimitar cuáles serían los determinantes estructurales en los casos de paciente con diagnóstico de psicosis.

Lacan cuando estudia la psicosis, explica que lo que ocurre es que hay una ausencia del Complejo de Edipo, de la metáfora del Nombre del Padre (Mazzuca, 2001). Por esto, intenta especificar el mecanismo propio de la psicosis llamado “Forclusión del Nombre del Padre”. Cuando Lacan (1997) habla del Nombre del Padre, hace referencia al significante, lugar relevante en el lenguaje para dar sostén a una función que localiza el goce. Explica que es un significante que ordena y guía a la pulsión. Por ende, el rechazo del significante del Nombre del Padre fuera de lo simbólico tiene como efecto el surgimiento de algo en lo real, es decir, el delirio y la alucinación (Mazzuca, 2001).

Cuando se habla de identificación, Freud (1978) sostiene que es un proceso psicológico el cual el sujeto encuentra su sostén en el mundo. Lugar desde el cual puede hacer frente a las circunstancias históricas, políticas y sociales que son transmitidas mediante las relaciones familiares. Estas se encuentran atravesadas por el lenguaje, que a su vez es el mediador y articulador de las generaciones y de los movimientos culturales. Esto se logra ya que el sujeto asimila aspectos de otro y se transforma sobre el modelo que le presentan. Según Lacan (1985) hay un proceso identificatorio para la construcción subjetiva de cada individuo. Si este proceso no se realiza como se espera, el sujeto queda a la deriva, haciendo que la existencia quede desordenada, logrando que no se puedan consolidar los vínculos con los otros. Según el autor, este proceso puede fallar, logrando que el sujeto no se pueda constituir como tal, excluyendo de las relaciones simbólicas de las leyes y normas que la sociedad posee. En este caso, el Lacan (1985) habla de una falla estructural, que es suplantada por un nuevo proceso. Esto tiene como consecuencia dejar al sujeto fuera, sin que se pueda adaptar a las leyes ni a las normas, quedando excluido del discurso simbólico de ahí en adelante. Es esto lo que le sucede a los sujetos psicóticos, quienes a partir de esta falla

estructural comienzan una dura y larga batalla por retomar la “carretera” a la que no tuvieron acceso.

Según Vegh (2007) en estos pacientes hay una pérdida del registro de lo imaginario. En consecuencia, se genera una penetración mutua de lo real y simbólico. Es decir, los tres registros no se encuentran anudados como en los casos de los pacientes neuróticos. En los psicóticos hay un fracaso del anudamiento. El autor menciona que esto se intenta solucionar con un cuarto anillo, llamado Sinthome. El Sinthome es lo que permitiría que lo imaginario quede ligado. Es decir, cierta estabilidad, ya que como se mencionó anteriormente, no tienen la función del padre que cumple con esta tarea.

Mazzuca (2001) menciona que el sujeto queda imaginariamente como falo imaginario del Otro y por este motivo se queda pegado al deseo del deseo del Otro. Es decir, no se puede inscribir en la cadena de significante, no logra la identificación y deja al sujeto sin regulación del goce. Según este autor, lo que ha sido forcluido en lo simbólico, retorna en lo real (Mazzuca, 2001).

Dicho todo esto, Según Lacan (1997) se puede observar como el significante Nombre del Padre es central para lo simbólico, ya que depende de la inscripción de este significante que se desarrolle una neurosis o psicosis. Dicho todo esto, el autor propone no rendirse ante la psicosis e inventar procedimientos para su análisis. En estos tipos de casos, Lacan (Palomera, 2014) sostiene que el objetivo del análisis es poder lograr que la persona pueda convivir con ese mundo incomprendido por él, poder estabilizarse y que su experiencia sea lo más amena posible. No hay que interpretar por qué se produce un brote. En los casos de la psicosis (Mazzuca, 2001) el sujeto queda atrapado en la función de completamiento. No pasa a ser el deseo reprimido de la madre. Aquí no está el efecto de corte del padre, por ende, el falo no queda simbólico, no permite la falta. En el psicótico no faltan las palabras del Otro porque no hay corte. Es por esto que el sujeto no puede crear sus propias palabras, solo tiene las voces del Otro, siendo el objeto de goce del Otro. Las palabras permanecen fijas, no se

pueden despegar de ese otro (Mazzuca, 2001). El autor sostiene que en la psicosis se encuentra un inconsciente sin protección, a cielo abierto. Los síntomas como por ejemplo el delirio según Lacan (Palomera, 2014) no se pueden generalizar, ya que el sentido y significado de los delirios dependerá del sujeto en particular, enfocándose en el caso concreto.

A continuación, Palomera (2014) sostiene que los seres humanos estamos atravesados por el lenguaje. Es decir, deja marcas en la existencia del ser humano. En los sujetos diagnosticados con psicosis, el autor asegura que se pueden observar los efectos de las palabras. Por este motivo, coincidiendo con lo mencionado, Hornstein (2013) sostiene que en los análisis los psicoanalistas deben tener en cuenta que la forma de hablar con un psicótico y un neurótico no es igual. El psicótico tiene una relación de extrañeza hacia el lenguaje porque es desconocido para él, y constantemente se esfuerza para poder interpretar el lenguaje y darle significación. Según Mazzuca (2001) en la psicosis se encuentra un sujeto realizando un trabajo para mantener anudados el cuerpo, lenguaje y goce, sin un sostén de algún discurso preestablecido. Por este motivo, es que los profesionales se encuentran con estos tipos de sujetos en la clínica. Los pacientes buscan el esfuerzo para no derrumbarse. Los psicoanalistas, según Palomera (2014), son los destinatarios de este tipo de demanda.

Lacan (2006), considera que la formación del analista implica la experiencia de la psicosis. No solo saber la metapsicología implicada⁵, sino también las posibles intervenciones dentro de la clínica. Al hablar de intervenciones, hace referencia a la técnica, el saber hacer en la práctica. Este autor desde sus inicios plantea que el psicoanálisis no debe retroceder ante la psicosis. A su vez, Miller (2013), postula que poder tratar con este tipo de pacientes es una cuestión ética, como todo punto técnico en la práctica psicoanalítica, ya que se dirige a un sujeto.

⁵ Es decir, las teorizaciones acerca de la práctica psicoanalítica.

Retomando los aportes de Lacan (1984), este afirma que hay que utilizar la transferencia para tratar con pacientes psicóticos. Es decir, se exige que el analista se posicione en la transferencia. Sin embargo, se debe innovar, es decir, modificarla ya que no es lo mismo que con los otros pacientes. Se debe tener cuidado ya que el paciente puede desenvolver una transferencia de erotomanía o persecución, produciendo obstáculos en el análisis. Por esto, el analista debe tener la capacidad de mantener una distancia adecuada para no desembocar en ninguna de las dos. Vegh (2007) por su parte, considera que en la psicosis no hay transferencia en su dimensión simbólica. Menciona que el analista no se sitúa en el lugar de un saber supuesto ya que el psicótico no se lo otorga. Este autor estima que a la hora de tratar con pacientes psicóticos se deja de lado la interpretación y el analista se posiciona como lector. Como menciona Miller (2013), se propone escuchar el discurso más allá del sujeto. Lacan (1997) utiliza el término “secretario del alienado” para hacer referencia a la posición que el analista debe asumir. Debe presentarse con un vacío de saber. Aromi y Esqué (2018) coinciden con esta postura, agregando que en el análisis se intenta construir una versión del paciente más congruente. Cuando se habla de la práctica del psicólogo con estos tipos de pacientes, Palomera (2014) menciona que se debe poder reinventarse con cada nuevo caso, ya que las soluciones se deben adaptar a cada sujeto en particular. Además, como se mencionó anteriormente, las primeras intervenciones que los psicoanalistas comenzaron a realizar con pacientes psicóticos fueron una sorpresa descolocando a los profesionales de la época, y obligándolos a inventar un nuevo método (Sierra Rubio, 2013).

Siguiendo con la línea de ideas, Vegh (2007) comenta que la psicosis no es siempre fácil de detectar, accesible. Sobre todo en sus inicios. El autor menciona que esto puede ocurrir cuando los fenómenos elementales⁶ se encuentran ausentes, por lo que no se da cuenta de los cuadros. Vegh (2007) comenta que ante esta estructura, en la clínica se debe atender a

⁶ Concepto central ya que diferencia la neurosis de la psicosis. Define la especificidad de cada una de estas estructuras clínicas. Cumple un papel importante en el diagnóstico diferencial. Reúne los síntomas de cada estructura.

la demanda sin arriesgar a los pacientes ni a uno. Es decir, el autor menciona la cautela como virtud a la hora de tratar con pacientes diagnosticados con psicosis, ya que se debe estar atento a no interpretar la castración debido a que si es interpretada es inoperante o desencadena el cuadro. Este autor afirma que hay psicosis, es decir, una estructura que tiene sus propias leyes y que para poder abordarla se necesita abordajes diferentes a lo investigado hasta el momento. El autor dice: “Cuando reconoció que era una estructura que reclamaba desde sus propias leyes otro tipo de intervención, los resultados cambiaron” (Vegh, I. 2007, p. 15).

En el tratamiento con psicóticos, Miller, (2013) alude que se debe acompañarlos y ayudarlos a hacer una traducción de todo lo que los excede. Es decir, poder dar un significado, un nombre. En un análisis, con una presencia regular, el analista intenta sostener a este sujeto que está en constante lucha con el Otro gozador. Lacan (1984) llama al analista como secretario, activo y atento a todo detalle. Debe generar espacios y hacer de sostén. Se debe poder ser flexible en cuanto al tiempo y espacio del paciente.

Además, en las intervenciones el analista debe crear intervalos para que el paciente con diagnóstico de psicosis pueda accionar sin estar aturdido por los delirios. Debe apuntar a todo lo que funcione como punto de capitón⁷. También, ser cuidadoso a la hora de intervenir, y hacerlo con prudencia y cautela. Mazzuca (2001) menciona que la interpretación va a ser del sentido. Como se ha mencionado, el saber nunca es supuesto. El paciente tiene una certeza que es contada en la sesión.

Como se mencionó anteriormente, el analista debe estar dispuesto a acompañar y escuchar. Desde este lugar, Vucinovich et al. (2012) lo llaman al psicólogo “ignorante”. Se considera que esto facilita para no caer en la posición de amo persecutorio. Esta falta de saber

⁷ En psicoanálisis se le llama “punto de capitón” a un momento específico en que la cadena significante, es decir, nuestras palabras, nuestros dichos y oraciones cobran una significación específica a partir de la puntuación.

permite que se preserve el lazo de trabajo en el análisis. Este trabajo que se va realizando, se debe mantener hasta que el paciente logre una estabilidad en su relación con los semejantes. Vegh (1992) menciona que en el análisis no se debe interpretar sino la intención debe ser permitir que el psicótico construya un objeto de goce más allá de su cuerpo. Es decir, como analista se debe seguir el discurso del paciente, aceptando la singularidad de cada goce.

Por otro lado, Rotte (2018) comenta que con pacientes psicóticos se intenta posicionarse desde el vacío, y que el psicólogo no debe ser quien cuestione su fundamento, sino quien permita poder ayudar al paciente no a abrir enigmas sino cerrar toda abertura de significantes que podría amenazar todo lo construido. Este autor menciona que lo que se debe fomentar son intervenciones estabilizantes. Se retoma el concepto de secretario, donde el analista asume un rol respecto al mensaje elaborado por parte del psicótico. El analista presta su cuerpo, su presencia y su significante. Lo que se busca es dar cuenta del efecto de la palabra, que deja un aturdimiento al sujeto. Lacan (1997) comenta que no hay cura para la psicosis. Sin embargo, esto no significa que no necesiten de la práctica psicoanalítica. Se les puede brindar apoyo para intentar unir los nexos entre lo simbólico y lo imaginario.

Siguiendo esta perspectiva, Báez (2010) considera que en los casos de psicosis se fomenta poder comprender al sujeto en sí mismo como también poder crear y rescatar el lazo social. El análisis ha demostrado efectividad ante la construcción de un lazo social con este tipo de pacientes. Retomando los aportes lacanianos, este autor considera que para este tipo de pacientes es exigido otro tipo de manejo del dispositivo analítico. Sostiene que la palabra es la herramienta principal. Además, por parte del psicólogo se espera un rol activo para buscar en el discurso de qué manera habla, como es la propia historia del paciente, que recursos tiene y cuál es su posición para poder cambiar la forma del lazo social existente.

Por su parte Fundín (2016), menciona como los pacientes diagnosticados con psicosis encuentran en el análisis un lugar simbólico donde logran alojarse. En estos espacios se

sienten escuchados. El analista da lugar a la palabra sin importar las dificultades, abriendo a la conversación y a los interrogantes. Esta autora plantea:

El psicoanálisis y por ende el psicoanalista tiene mucho para aprender acerca de la estructura del sujeto que habita el lenguaje y es el psicótico que nos muestra a “cielo abierto”, a partir de ellos podemos interiorizarnos en la estructura del parletre. (Fundín, 2016, p. 14).

A continuación, Bleger (2001) cuando habla de encuadre, hace referencia a reglas instituidas que regulan la relación paciente-analista. Lo considera como un marco externo fijo que permite el análisis. Además hace referencia al encuadre como una institución ya que permanece en el tiempo y está compuesto por normas y modos de accionar. Schroeder (2010) menciona que toda institución produce subjetividad. El sujeto, por ende, en su singularidad, se enriquecerá con la subjetividad instituida. Por esto, cuando se lleva a cabo psicoterapia en instituciones, hay que considerar el encuadre y los propios marcos de la institución. Esto es debido a que la identidad y subjetividad del sujeto se va a configurar tanto con los marcos de la institución en sí como del análisis en particular. Además, este autor considera al encuadre como elemento transicional. No se puede definir los límites. Menciona que se construye mediante la relación con el otro-analista donde va a estar cada subjetividad puesta en juego, y donde la institución también tiene peso.

Por consiguiente, se comenzó a pensar la necesidad de hablar de otro tipo de encuadre, donde se deben incluir nuevas técnicas en relación por ejemplo a la frecuencia, duración de sesiones y ubicación del paciente, implicando también de un modo diferente el trabajo psíquico del analista. Los tiempos que tenemos y los cambios en las sociedades, como así también las diferentes estructuras psíquicas, demandan una modificación, para poder llevar a cabo nuevos tipos de trabajos analíticos (Schroeder, 2010). Está la necesidad de realizar transformaciones para que el análisis con pacientes diagnosticados con psicosis sea

óptimo. Además, este autor habla de encuadre interno, haciendo referencia a la propia conciencia que debe tener el analista de su posición como tal. Siguiendo con lo dicho anteriormente, este término amplió las fronteras de la práctica psicoanalítica ya que permitió pensar en el análisis de las patologías más allá de la neurosis.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

Considerando que el presente escrito corresponde a un trabajo de sistematización de experiencias, según Jara (2011), se puede definir la sistematización como una interpretación crítica de una experiencia. Considera que en un primer momento, se observa y recolecta información de lo que se vivencia, para luego poder reconstruir y ordenar los elementos subjetivos y objetivos que emergen en la práctica. Posteriormente se desarrolla y explica el proceso vivido y así se obtiene una reflexión crítica. Es decir, la sistematización de experiencias permite entender ciertas situaciones que emergen en la práctica. Por esto, se la toma como un proceso en el que intervienen muchos factores, que deben ser tenidos en cuenta para poder realizar una sistematización.

Lo interesante para este autor es poder obtener un aprendizaje de la experiencia vivida, no solo recoger y ordenar. Es decir, poder producir un conocimiento permitiendo la apropiación de la experiencia con el fin de enriquecer y transformar (Jara, 2013).

7.1 Caracterización de los sujetos

A continuación, la población estará compuesta por pacientes ambulatorios que asisten los días jueves al Sanatorio Morra. Son hombres y mujeres entre los 18 y 70 años. Consultan por medio de su obra social.

El grupo seleccionado para este trabajo se comprende de pacientes diagnosticados con psicosis que asisten de manera ambulatoria como aquellos que están en los dispositivos intermedios que contiene la institución. Además, incluye a la profesional que atiende en los consultorios externos.

El seguimiento es de una vez por semana, los días jueves por la mañana entre las 9 y las 12 hs. Se realizan entrevistas con pacientes de aproximadamente 30 minutos cada 15 o 30 días, dependiendo la necesidad de cada uno. En relación con los profesionales, se trabaja con

una psicóloga semanalmente en las entrevistas con pacientes y en reuniones particulares. Una vez al mes se llevan a cabo reuniones de seguimiento con otra profesional.

7.2 Técnicas de recolección

Jara (2013) menciona como punto de partida de la sistematización tener registro de lo que se vive en la experiencia. Por ende, en cuanto a las técnicas de recolección utilizadas para la realización del presente trabajo, cabe mencionar los registros de campo y la observación participante. Por un lado, los registros de campo se llevan a cabo cada vez que se asiste a la institución ya sea de manera virtual o presencial. Estos permiten recolectar la mayor cantidad de información posible, describiendo tanto lo objetivo como subjetivo, evitando que se pierda o se olvide el material.

Por otro lado, la observación participante se realiza en las sesiones con pacientes diagnosticados con psicosis en los consultorios externos de la institución. También en las reuniones con la psicóloga donde se dialoga sobre los pacientes observados, las historias clínicas, los objetivos de las intervenciones. Esto permite el intercambio de ideas con la finalidad de poder recoger mayor información sobre el eje de sistematización planteado.

7.3 Consideraciones éticas

Para poder aplicar estas técnicas mencionadas anteriormente, se debe tener en cuenta ciertas consideraciones éticas que se encuentran en el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016). El secreto profesional, la confidencialidad e intimidad son aspectos necesarios en los profesionales. Se debe mantener resguardada la información que se hable en las entrevistas garantizando la protección, seguridad y dignidad de los sujetos que se tiene en frente. Siempre teniendo todas las precauciones para no generar perjuicios a las personas involucradas. Más allá de lo ético, también está la parte legal ya que la Ley 26.529 es la Ley de Derechos del Paciente y su Relación con los Profesionales y las

Instituciones de Salud, donde debe siempre tenerse en cuenta los derechos del paciente, la historia clínica y el consentimiento informado.

Como se mencionó anteriormente, García Barthe (1997) es un autor que se detiene hablar sobre la postura ética, dándole importancia a cómo la práctica de psicología, en este caso en el área clínica, nunca se da en el vacío, con el objetivo de siempre poder reflexionar sobre la acción.

8. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

En lo que respecta a la práctica llevada a cabo, esta comenzó a mediados de marzo en un encuentro vía meet. Aquí se nos presentaron los diferentes contextos e instituciones. Se comentó las particularidades de cada institución, su modalidad y las tareas que desarrolla. Además, se mencionó en líneas generales las expectativas por parte de la cátedra, como era su metodología de trabajo y el cronograma del año. Se explicó de qué tratan los espacios de supervisión y cómo será cada instancia evaluativa. Esto permitió que disminuya la incertidumbre que tenía acerca de las prácticas, el proyecto y el futuro trabajo integrador final. Desde un principio me preguntaba ¿Qué me espera de estas prácticas? ¿Con que me voy a encontrar aquí?

Se llevó a cabo el proceso de entrevistas, y finalmente, luego de quince días de espera, fui seleccionada en el Sanatorio Morra. Al leer que había quedado en esta institución en un primer momento me sentí desorientada ya que no había aplicado para esta. Luego, comencé a alegrarme. Desde los primeros años de facultad, se mencionaba al Sanatorio Morra como una institución importante. Sentí gran orgullo. Me dispuse a investigar por diferentes medios, para conocer a la institución donde estuve durante el año.

Luego del proceso de selección, comenzaron a dictarse las supervisiones. Estos eran encuentros semanales donde se encontraba un docente a cargo y se compartía el espacio con participantes de otra institución. En este caso, con las practicantes del Centro de día Kruppel.

A mediados de mayo, se nos comunicó que el Sanatorio Morra estaba sobrepasado debido a la situación actual de COVID-19. Por ende, las capacitaciones planificadas se demoraron. Más allá de comprender la situación, fue desmotivador la postergación del inicio de las capacitaciones.

No obstante, la otra semana se nos notificó que íbamos a tener el primer encuentro con la referente de la institución. Esto logró que mi entusiasmo se componga, con deseo de comenzar lo antes posible.

En el primer encuentro, detallaron las diferentes áreas en las que me podía desenvolver. Estas eran; área de internado; dispositivos intermedios; ambulatorios. Todos los ámbitos me parecían muy interesantes. En ese entonces me preguntaba ¿En cuál quedaré?

¿Hay algún requisito especial para cada uno de ellos?

Luego de esta primera reunión, se acordó iniciar las capacitaciones. Fueron en total 6 encuentros semanales. Comenzaron a principios de junio y finalizaron a mediados de julio. En estos encuentros, se presentaron diversas temáticas que lograron captar mi interés. Particularmente, me interesó cómo se fomentaba en la institución que todo profesional tenga la misma voz. No predominaba la mirada médica, sino que había un diálogo entre los equipos interdisciplinarios, y todos los profesionales que tratan con un paciente, debían coordinar a la hora de hacer un diagnóstico, o planificar un tratamiento. Además, mencionaron cómo se intentaba evitar la internación, y como lo ambulatorio era la mejor opción. Esto me dejó pensando... ¿Finalmente se cambió la concepción que se tenía de los enfermos mentales?

¿Ahora sí pueden ser sujetos de derechos y vivir en las sociedades? ¿La Ley de Salud Mental realmente fomenta esto? ¿La sociedad realmente se está transformando? ¿Cómo se observa todo esto en la institución? ¿Cómo es el manejo que se tiene en general de los pacientes que padecen estas enfermedades? ¿Cómo se lo toma la familia? ¿Cómo se siente el propiopaciente?

Tengo presente una frase mencionada en la primera capacitación: “ninguna afección, ningún padecimiento más duro que la enfermedad mental, que se ve agravada por la lamentable vigencia de un factor ambiental: la incomprensión”.

Siguiendo un poco más, en las capacitaciones se mencionaron las diferentes áreas del Sanatorio Morra. Como mencioné anteriormente, específicamente se habló del área de internado, comunidad terapéutica y ambulatoria. Al escuchar a los diferentes profesionales hablar de su trabajo, me impactó la diversidad que tiene el rol del psicólogo clínico, ya que cada área tenía su particularidad.

Ya en los últimos encuentros de las capacitaciones, noté cierto interés sobre un área específica, el área ambulatoria. Me quedaron resonando ciertas preguntas que hizo la profesional en una de las capacitaciones ante el caso de un paciente “¿Qué se puede escuchar de esta persona? ¿Cómo se siente?” Mencionó que además de lo que el paciente refiere, como psicólogo se debe localizar lo que se observa. Además, se habló de la importancia que los pacientes puedan hablar de otra cosa que no sea su presente malestar. Una de las profesionales comentó en las capacitaciones que enriquece mucho el análisis hablar de algo que le cause placer al paciente ya que esto abriría y permitiría que se conozca otra faceta de él, permitiendo recabar más información.

En el último encuentro de las capacitaciones, a mediados de julio, se comentó cómo iban a seguir las prácticas. Notificaron que arrancarían de manera presencial, cada una en un área específica. Esto se vio demorado, ya que no tenía el certificado para poder asistir de manera presencial. Cuando tuve el certificado me comuniqué con la referente del Sanatorio y nos encontramos al día siguiente en la institución. Ese día fui con una de mis compañeras ya que la otra no se encontraba en la ciudad de Córdoba.

Haber ido a la institución fue muy enriquecedor. Por un lado, conversamos con la referente sobre las capacitaciones y nuestros temas de interés para el proyecto. Ella dio su opinión al respecto. Por otro lado, conocimos todas las instalaciones del Sanatorio. Nunca había ido, era la primera vez. Me pareció un lugar con una buena infraestructura, muy organizado, limpio, luminoso y bien mantenido. Cada área tenía su lugar específico.

Finalizado el encuentro, y hablando con mi compañera, determiné que iba a estar en el ámbito ambulatorio. Esto me alegró ya que es donde tenía expectativas de quedar. Ante esto, me comuniqué con la psicóloga del área ambulatoria. Esta profesional me invitó a recurrir al día siguiente al Sanatorio.

Al día siguiente me presenté en el Sanatorio, y me encontré con la psicóloga. Conversamos sobre el proyecto y mis intereses. Desde el primer momento se mostró con buena predisposición “yo también estuve en tu lugar” me comentó. Me alegró saber que iba a sentirme cómoda y lo más importante, que iba a aprender con ella. En el encuentro me comentó que ella trabaja en el Sanatorio los jueves y viernes, y que consideraba que podía ir los jueves y estar con ella como observadora en entrevistas con pacientes.

La semana siguiente recurrí al Sanatorio el día jueves como habíamos acordado. Ese día fui observadora de entrevistas con cuatro pacientes diagnosticados con psicosis. Fue el primer encuentro, y por eso me parece que fue tan impactante, porque fue la primera vez que tuve contacto con pacientes de manera directa. Durante toda mi carrera los casos clínicos habían sido teóricos, sacados de un libro. Fue la primera vez que tuve una práctica que me permitió acercarme tanto a mi futuro profesional. Me pareció interesante escuchar a los pacientes, como así también a la psicóloga, cómo se posiciona, como intervenía, como se manejaba en su consultorio.

Luego de este primer encuentro, al tener la supervisión la profesora nos comentó que cuando uno sistematiza es sobre conocimientos situacionales. Es decir, uno se hace preguntas a posteriori de la escucha. ¿Qué me puedo preguntar luego de este primer día? Me he quedado sorprendida del arduo trabajo de tratar con estos tipos de pacientes. Hay que ser cuidadosos y estar muy bien formado. Saber cuándo preguntar, cuando no, cuando solo asentir, o cambiar de tema... tan complejo.

Acordamos encontrarnos los jueves por la mañana. En estos encuentros seguiría participando como observadora en las entrevistas con pacientes. Antes de comenzar el encuentro, la psicóloga le preguntaba a cada paciente si podía estar como oyente. Un consentimiento de manera verbal. Además, entre paciente y paciente se produjeron muchos diálogos donde comentamos sobre el paciente atendido, o la profesional me contaba sobre el próximo caso. Pequeñas reuniones informales donde la psicóloga me enseñaba, explicaba y comentaba sobre los casos particulares o en general, dependiendo si tenía otro ejemplo para darme.

A lo largo de la carrera siempre predominaron casos o ejemplos de otros cuadros, dejando un poco de lado a la psicosis. Muchos profesionales prefieren evitar este tipo de pacientes, ya que no se sienten cómodos con ellos. Si nadie quiere acompañarlos... ¿Quién lo hará? Todos merecemos tener un lugar. Sabía que era complejo poder manejarse y trabajar con ellos, pero como futura psicóloga me pregunté ¿Cómo es el rol del psicólogo ante estos pacientes? Me pareció interesante el trabajo del psicólogo, cuál era su rol en la práctica. Es decir, que es lo que hace, cómo se posiciona, qué herramientas utiliza para tratar con pacientes de estructura psicótica ¿Es diferente a los pacientes neuróticos? Aquí ya comencé con las primeras ideas del eje, y en cada encuentro en el Sanatorio, lectura de mi cuaderno de campo, material sugerido por la profesional como los comentarios de las supervisiones de mi profesora como compañeras, determiné que este era mi tema de interés.

A continuación, se desarrollan los aspectos que más me llamaron la atención de los encuentros que tuve con pacientes diagnosticados con psicosis. Dependiendo las necesidades de cada uno era la frecuencia de las entrevistas, podía ser cada 15 o 30 días.

Es interesante aclarar que tuve contacto con 6 pacientes diagnosticados con psicosis. 4 de los pacientes, actualmente viven en uno de los dispositivos intermedios que posee el Sanatorio. Esto considero que es relevante ya que en las entrevistas, la psicóloga preguntaba

sobre los compañeros que viven con ellos, como también las actividades que realizaban allí. Además, si algo ocurría, por ejemplo si algún paciente faltaba, se lo debía comunicar al profesional encargado del dispositivo.

En una de las entrevistas, el paciente, “Juan” repitió varias veces la frase “pobre Juan, pobre tipo” haciendo referencia a él. Cuando la profesional le preguntó a qué venía esa frase, no hubo respuesta. Al finalizar con el encuentro, la psicóloga me comentó que quería indagar sobre esta afirmación que repitió para dar cuenta si había escuchado a alguien decirlo, o era una alucinación auditiva. Sumándole a esto, antes de que ingrese este paciente, la psicóloga me comentó que en reiteradas ocasiones, Juan le preguntaba sobre su estado civil. En la entrevista le preguntó. Cuando el paciente le preguntó si estaba casada, la psicóloga le contestó en medio tono de gracia “ay Juan, como me va a preguntar eso” y cambió de tema. Luego me contó que con este paciente, esta respuesta, con un poco de humor, funcionaba. Sin embargo, a veces la risa le daba cierto sentimiento de persecución, por eso había que tener cuidado. Juan vive en una de las casas de medio camino.

Siguiendo un poco más, en el segundo encuentro que tuve con este paciente, la puerta se encontraba abierta y se escucharon unos pasos, a lo que la psicóloga le indicó que pase, y entró rápidamente. Entró y lo primero que mencionó es que en su cabeza hay espíritus. Dijo esto y rápidamente comentó que le pego mal la crisis de los 50. Estas dos oraciones las repitió en varias ocasiones. La psicóloga le preguntó ¿Cómo lo podemos ordenar? Y no hubo respuesta.

El paciente comentó cómo estaba regulado por esto, por los pensamientos que tenía en la cabeza. Ante esto, la psicóloga le propuso que dejara un rato tranquila la cabeza. Y comenzó a hablar de la música, como a él como a otros sujetos, como por ejemplo, Charly García la música los tranquilizaba. Le preguntó si estaba tocando la guitarra, y no hubo respuesta certera, hablaba con un tono muy bajo, no se le entendía mucho.

En un momento, mientras la psicóloga estaba anotando algo en la computadora, el paciente le preguntó si estaba escribiendo de él allí. Rápidamente aquí la profesional le dijo que escribía cosas para ella. Me pareció interesante debido a que cuando escuché esta pregunta, pensé que me preguntaba a mí, y me asusté, sin embargo cuando levanté la cabeza, vi que su mirada penetraba a la psicología, allí es cuando me di cuenta que el paciente notaba registro de mí.

Vuelve a decir lo de las voces de los espíritus, que son terroríficas, a lo que la psicóloga le dice que no le haga caso a esos espíritus. Le pregunta desde cuando escucha a esas voces, y comenta que últimamente las escucha. Ante esto le pregunta si viendo tele escucha a las voces y comenta que no. Por ende, le recomienda que vea televisión para poder hacer esta pausa a las voces y pueda estar tranquilo.

¿Estoy diciendo bien? Es una pregunta que el paciente hizo a lo largo de todo el encuentro. Ante esto la psicóloga le comentaba que no había nada bien o mal, solo había conversación.

Además, en un momento le preguntó sobre qué edad tiene. De nuevo, como el encuentro anterior. Ella le dijo "hablemos de otra cosa" y le cambió de tema. Aquí es cuando el paciente se giró y me miró... me señaló y le preguntó a la profesional si yo estudiaba psicología. Y le contestó que sí.

Antes de retirarse, parado en la puerta, le preguntó a la psicóloga qué temas había hablado el día. Por ende, ella le hizo un resumen y también le recordó las sugerencias que le hizo sobre lo que debía hacer cuando escuchaba las voces.

En el último encuentro que tuve con Juan, en un momento el paciente le preguntó a la profesional si hacía bien en ir, a lo que la psicóloga le preguntó: ¿Qué le parece usted? No obtuvo respuesta. Luego, Juan afirmó que la cuarentena le hizo mal, a lo que la psicóloga le

comentó que a muchos les hizo mal. ¿A muchos? le preguntó Juan. La psicóloga le contestó que sí, que la cuarentena fue obligatoria para todos.

Juan en reiteradas ocasiones le preguntó a la profesional cómo se encontraba él, es decir como ella lo encontraba al paciente. La psicóloga le contestaba que ella esperaba que él conteste esa pregunta. “Ando regular” decía el paciente. Aquí la psicóloga le preguntaba que creía él que debía hacer para dejar de estar regular, pero el paciente no contestaba la pregunta, sino que la volvía a repetir.

Además, Juan en los diferentes encuentros habló de su psiquiatra. Tenía dudas en cambiar de médico. Comentó que se sentía mejor con una psiquiatra que había tenido antes. Sin embargo la psicóloga siempre le remarcó que esa profesional no trabajaba más en el Sanatorio. En un momento la psicóloga le sugirió que espere por el momento, que siga con el médico y Juan le preguntó cuánto tiempo tenía que esperar, a lo que ella le contestó que un tiempo, sin especificar. El paciente remarcó que estaba mejor con la otra, que tantas pastillas le comieron las neuronas. Aquí la profesional le preguntó si era él el que decía eso. Le dijo: “usted me entiende y yo lo entiendo”. Es decir, tenía neuronas.

Otro paciente es Miguel, que vive con su madre que padece de una enfermedad neurodegenerativa. Cuando el paciente comenzó a hablar sobre sus vínculos familiares, la psicóloga le preguntó sobre una actividad recreativa que estaba llevando a cabo, y comenzó a hablar sobre esto, mostró entusiasmo e interés. Luego la profesional me comentó como el tema de su familia se repetía cada vez que iba. Para distraerlo de esto, le preguntaba sobre su pasatiempo, para que se vaya tranquilo. Además, para que hablase sobre algo que le interese, permitió una apertura y desconexión de todo lo que lo angustia y enoja.

Además, me encontré con Carlos. Es el paciente con el que más encuentros tuve. También vive en una de las casas de medio camino. Un aspecto interesante de él es que pedía

turnos con adelanto. Es decir, antes de retirarse corroborada tener turno para los próximos dos encuentros. En un primer momento, ante esta acción pensé que podría ser algo propio de los pacientes psicóticos, con su rigidez. Sin embargo, uno de los tantos jueves, Juan, otro de los pacientes, faltó porque se había olvidado. A partir de esto, me di cuenta que cada sujeto tiene su propia singularidad, más allá del diagnóstico o estructura.

En uno de los encuentros con Carlos, la psicóloga le preguntó sobre sus trabajos, y entre los dos fueron creando una línea del tiempo. Luego la profesional me comentó como este paciente tenía muchos recursos, habilidades, que le permitían hacer este tipo de actividades. Un día, Carlos llegó entusiasmado comentando que una de las profesionales de la casa le iba a presentar una mujer. El, reiteradas veces, había comentado sobre su deseo de tener una mujer. Ante esto, la psicóloga siempre asintió, intentando no meterse. Cuando finalizó el encuentro, le pregunté a la psicóloga su opinión al respecto, ya que a mí me había hecho ruido. Sin embargo, me comentó que seguro se trataba de un mal entendido, que dudaba que le hayan dicho eso sino que él lo debe haber entendido de esa manera. Su estrategia fue esperar al próximo encuentro, y ver si lo trae de nuevo el tema.

Además, Carlos en uno de los encuentros llegó emocionado. Nos contó que se compró una computadora. Aquí la psicóloga le preguntó qué es lo que hacía en la computadora, a lo que el paciente le contestó que se comunicaba con la nasa rusa y de Norte América. Ante esta respuesta, la profesional le preguntó ¿Cómo es eso? Yo también me quedé pensando en esta respuesta. El paciente comenzó a explicar que por YouTube vio videos. ¿Habría visto simulaciones? Le preguntó de nuevo la psicóloga. “No, son videos que no sé cuándo se graban, están en YouTube” dijo Carlos. En esa explicación se podría inferir que el paciente hizo una interpretación delirante de lo visto.

Luego de uno de los encuentros con Carlos, la psicóloga me contó cómo este paciente se perseguía mucho con personas nuevas. Comentó que se pegó a su nuevo compañero en la

casa, ya que estaba muy perseguido con él. Tuvo una discusión con él un día que Carlos acusó al compañero de haber echado alcohol etílico en los fideos. Cuando yo le pregunté a la psicóloga que se debía hacer en este tipo de situaciones, me explicó que se debe generar un límite imaginario más desde la simetría. Comenzó a explicarme como Lacan habla de que siempre predomina lo real, el caos pulsional. Por ende se debía trabajar, poner un límite con este compañero por ejemplo, ya que podía ser un detonante para que el paciente se desestabilice.

Ante estas situaciones la profesional me comentó que es válido a veces minimizar las situaciones. Por ejemplo, decirle “pero no le haga caso” “déjelo” para poder sacarlo de ahí y que deje de estar pegado, perseguido.

En uno de los encuentros Carlos comentó que había un compañero nuevo en la casa. Como se trabajó a lo largo de los encuentros, esto era un tema delicado, ya que sabemos que el paciente se perseguía con las nuevas personas. Aquí comenta una situación donde el nuevo compañero hizo pis en la plaza, a lo que dice: “por ese error nos podrían haber metido preso por que en la plaza hay cámaras”. La profesional le preguntó si lo habían hablado, a lo que Carlos dijo que sí. Le dijo que se quedara tranquilo, que no lo iban a meter preso por eso. Luego me comentó que se intenta acompañar en su preocupación desde lo imaginario, por esto es que le dice que se quede tranquilo, y no interpreta. Como mencione arriba, a veces lo mejor era minimizar.

En el último encuentro con Carlos se nos solicitó cambiar de consultorio, así que nos movimos. Cuando Carlos ingresó lo primero que dijo fue que nos habían cambiado de consultorio. En plural. Lo primero que hizo al ingresar fue mostrar su sueldo. La psicóloga lo miró y se lo devolvió. No le dijo nada.

La psicóloga le preguntó cómo estaba todo en la casa, y contó que se cayó de la escalera y que un compañero estaba enfermo pero no de Covid. Aquí la psicóloga le pidió su opinión sobre la tercera dosis de la vacuna. Carlos contestó que no tenía Covid, es decir no entendió la pregunta, a lo que la psicóloga se la repitió. En este momento contestó y mencionó como todas las vacunas son buenas y comentó que toda la humanidad corría peligro, afirmación que dijo en el primer encuentro que tuve con él. En un momento el paciente comentó que su hermano le había dicho que el Covid surgió en un laboratorio debido a un problema de las potencias mundiales. Aquí la psicóloga le dijo que opinaba algo parecido.

También la psicóloga le preguntó si se llevaba bien con el chico nuevo, a lo que Carlos contestó que sí. Una vez retirado Carlos, la profesional me comentó que el paciente estaba muy perseguido con el nuevo compañero. Me dijo que en general era muy persecutorio con los cambios y por eso no era beneficioso cambiarlo de consultorio ya que se cambiaba el encuadre. Antes de retirarse, el paciente preguntó si ahora “atendíamos” en el consultorio nuevo. La profesional le comentó que no, que fue algo excepcional.

Cuando Carlos se retiró, la psicóloga me comentó que la encargada de la casa de medio camino se había comunicado con ella antes y le dijo que Carlos estaba muy aislado. Comentaba como había mucha ansiedad persecutoria con los dos integrantes, el nuevo y el que en su momento tuvo el inconveniente con la computadora. La psicóloga me comentó que debe proponer actividades en grupo pero sin que él se sienta perseguido ya que últimamente estaba muy perseguido y esto llevaba a que se aísle.

En reiteradas ocasiones, con la psicóloga nos quedamos conversando sobre la singularidad de cada caso en el psicoanálisis. Ella me comentó que había que ser muy precavido. Y que podía ocurrir que en la urgencia se deba intervenir. Ante esto me quedé pensando y le pregunté si en la urgencia se podía tomar al Covid como situación particular

para intervenir. Me comentó que en su experiencia, más que nada en los primeros meses de pandemia, tuvo que psicoeducar a muchos de sus pacientes, y como lo seguía haciendo. Por ejemplo en el caso de Carlos, este comentó como en los otros países del mundo no utilizan barbijo y como en breve en argentina tampoco. Aquí ella le recomendó que lo siga usando y que siga teniendo precauciones para conservar en buen estado su salud. El psicólogo es un promotor de salud de los 3 niveles. Ante esto me quedé pensando en los pacientes con diagnóstico de psicosis y el cuidado a la hora de hablar sobre la postura de este tipo de cosas, por ejemplo sobre la opinión de utilizar el barbijo en el momento que no sea obligatorio. En el caso que uno dé su opinión personal, el paciente puede quedarse pegado.

Mientras asistía a los encuentros, iba avanzando con el proyecto, puliendo y perfeccionando el tema así como los objetivos. Lo enriquecedor es que esto fue realizado entre todas. Es decir, tanto la profesora como mis compañeras del Sanatorio Morra y del Centro de Día Kruppall. Entre todas nos acompañamos y ayudamos.

Al pasar las semanas me encontré con Esteban, que entró al consultorio exaltado diciendo que tenía un motivo nuevo. ¿Motivo de qué? Le preguntó la profesional. Esto le dio puntapié para comenzar a hablar, dijo que pudo hacer “un paréntesis de los fármacos” que le permitió recordar un deseo. Cuando la profesional le preguntó cómo pudo hacer el paréntesis, él no respondió. Siguió hablando, diciendo que el deseo era que una mujer le preste su sexualidad... Ante esto, la psicóloga asintió pero no dijo nada al respecto. Este deseo lo ha comentado varias veces en la entrevista. Luego, cuando Esteban se retiró, la psicóloga me comentó que en estos casos, no se debía decir nada, para evitar la entrada a la erotomanía. Si llega a ocurrir, Esteban podría pensar que la psicóloga tenía atracción hacia él.

Ante las reiteradas veces que el paciente mostró descontento de consumir fármacos, la psicóloga le dijo que todas las inquietudes que él tenía respecto a la medicación, que le consulte al psiquiatra ya que él era el especialista. Por ende, podría preguntarle todas las

dudas que tenía y así estar más tranquilo. Aquí asintió, tomando la recomendación de la profesional. Esta sugerencia, también se la había dado a Carlos, ya que en uno de los encuentros se mostró muy descontento con los fármacos. Lo que me pareció interesante con Esteban, es que en un momento hizo referencia a querer dejar de tomar la medicación, ya que consideraba que él no tenía síntomas claros por ende, no era necesario medicarse. Aquí la psicóloga le preguntó “¿Qué pasa si deja la medicación y vuelven los síntomas? Es una duda que tengo...” no respondió. Cuando el paciente se retiró, la psicóloga me habló un poco sobre la certeza delirante que este paciente tiene específicamente con la medicación. Este tipo de certeza la llevaba a una cápsula de sentido, donde tenía persecución con los medicamentos. Hizo que Esteban sea muy rígido, por esto, en la sesión psicóloga intentó poder abrir el sentir, preguntando sobre esa certeza.

“Toda la integridad física fue perjudicada por los fármacos”... comentó el paciente en uno de los encuentros. A lo que la psicóloga le preguntó ¿A quién? Y contestó que a él. Para cambiar un poco de tema, le preguntó sobre otros aspectos de su vida como por ejemplo cuando tenía turno con el doctor, haciendo referencia al psiquiatra.

En el último encuentro que tuve con Esteban entró muy alterado por la convivencia con sus compañeros y los inconvenientes que ellos tenían. Repite un par de veces su malestar, y la profesional le preguntó ¿Qué se puede hacer cuando pasa eso? A lo que el paciente contesta: “y cortarla”. “Exacto, eso es una opción, y me parece que lo va a ayudar mucho” le contestó la psicóloga. En un momento la psicóloga le preguntó si esto era lo que le hacía doler la cabeza. Aquí el paciente dijo: “sí... que le duele desde que ese tipo le dijo de hacer tratamiento, que lo llamó por teléfono saliendo de la parroquia y le dijo de hacer el tratamiento.” ¿Cuándo fue esto? le preguntó la psicóloga. “Hace 20 años... a los 34, tenía edad para estudiar”, dijo Esteban.

Ante todo esto que dice el paciente, la psicóloga le dijo que estaba todo medio mezclado, que si su padre lo internó fue por recomendación del médico, a lo que el paciente contesta que para él es trucho, que si lo ve al tipo lo denuncia. La profesional le dijo que cuando tuviera estos pensamientos, que hiciera otra cosa.

En un momento Esteban dijo “me hacen el mismo tratamiento”. Aquí la psicóloga intervino y le dijo que no es el mismo tratamiento el de los compañeros y el suyo. Siguiendo un poco más, comentó cómo él está intentando salir de allí porque ya cumplió el tratamiento.

¿Dónde le gustaría vivir si no viviera en la casa? Le preguntó la psicóloga, y comenzó a describir su hogar ideal.

“El secretario del alienado” es un término de Lacan que la psicóloga me comentó para entender la posición que debe tener el psicólogo con este tipo de pacientes. “Es el filtro. Entiendo pero no, no seguir con el juego para que ese delirio no se expanda.” Además, la psicóloga me comentó cómo el humor en muchas ocasiones era un buen punto para cortar con tanto delirio. En casi todos los casos de psicosis, sin querer etiquetar, se debía tener en cuenta muchos datos como por ejemplo la edad de la persona, cuando se produjo la desestabilización, la educación, los delirios persecutorios que tenían. Más allá de que había muchas similitudes en los pacientes, había que poder discriminar la singularidad de cada caso.

Oscar es otro paciente que asistió. Vive en una de las casas de medio camino. Este paciente se podría decir que era más introvertido. En las entrevistas, la psicóloga siempre le fue sacando diferentes temas de conversación sobre lo que le interesaba para lograr que se explye. En uno de los encuentros, la profesional le propuso que para el próximo encuentro llevase unos dibujos.

Pasado un mes, Oscar llegó con una mochila al consultorio. La psicóloga le preguntó si estaba preparado para irse directo con su hermano, ya que todos los fin de semana iba a pasar los días con su hermano. El paciente contestó que no, que en la mochila traía los cuadernos con las mándalas. La última vez, la psicóloga lo invitó a llevar al consultorio a sus mándalas. Como se mencionó anteriormente, este paciente es el más introvertido, luego de hacerle preguntas sobre cómo estuvo él, la casa y la familia, le preguntó si quería mostrar las mándalas. El paciente sacó dos libros de la mochila y le mostró los distintos dibujos de mándalas. En un momento, la psicóloga le preguntó si yo los podía ver. Era increíble la prolijidad, los colores, la combinación, la precisión. La psicóloga le elogió los dibujos por su gran trabajo, y le preguntó el porqué de las elecciones de los colores, comentó que cada color tiene un significado a lo que el paciente coincidió y le mostró que en uno de los libros explicaba el significado de cada color. Se explayó mucho, claramente era un hobbies que le interesa mucho.

“¿Cómo ha estado?” Es una pregunta que usualmente la profesional hacía con todos los pacientes. La idea era que se puedan abrir y comenzar a hablar. Se puede observar que usualmente con los pacientes que viven en las casas de medio camino, la psicóloga les preguntaba si se sentían cómodos allí. Intentaba hacerles dar cuenta del privilegio que tienen, ya que en la mayoría de los casos, era la mejor alternativa debido a que no tenían donde ir.

Además me pareció relevante aclarar, que también en los distintos encuentros vi otros pacientes. He estado como observadora de entrevistas de diversos diagnósticos. Me pareció muy enriquecedor ver diferentes cuadros ya que me permitió observar cómo era la clínica en los diferentes casos y hasta poder diferenciarlos.

9. ARTICULACIÓN TEÓRICA PRÁCTICA

A continuación se encuentra el análisis de los objetivos específicos del Trabajo Integrador Final. Se propone en los siguientes párrafos hacer una fusión del contenido teórico con la experiencia del proceso vivido de las Prácticas Profesionales Supervisadas. Es decir, en este apartado, se retoman los puntos considerados fundamentales de esta, retomando ciertas conversaciones de los encuentros observados, y se analizarán a partir de las teorizaciones de los diversos autores que hablan de la práctica del psicólogo con pacientes diagnosticados con psicosis. El fin es poder responder a los objetivos planteados.

9.1 Otro tipo de Encuadre

Como se mencionó anteriormente, Bleger (2001) habla del encuadre como a las reglas instituidas que regulan la relación analista-paciente. Lo define como un marco externo fijo que permite el análisis. En el caso de los pacientes diagnosticados con psicosis, Schroeder (2010) comenzó a hablar de otro tipo de encuadre, donde se incluyen nuevas técnicas en relación por ejemplo a la frecuencia, duración de sesiones y ubicación del paciente, implicando también de un modo diferente el trabajo psíquico del analista. En la práctica, los pacientes eran atendidos en un consultorio externo. Este estaba ubicado en el sector de atención ambulatoria de la institución. Eran atendidos los días jueves por la mañana. El consultorio era una habitación luminosa. Había ventanas que daban a un patio interno. No era muy grande, tenía dos sillas y una mesa, que marcaba el espacio entre el paciente y la psicóloga. Además, la profesional contaba con una computadora. En la mesa siempre había un alcohol en gel y un plástico que separaba al paciente del profesional ya que nos encontrábamos en el contexto de covid-19. Las sesiones eran aproximadamente de 30 minutos, cada uno sentado al frente con los barbijos puestos. Los pacientes en la práctica tenían encuentros quincenales o una vez por mes. Esto dependía del criterio de la profesional. Algunos pacientes como Carlos, iban cada quince días, así se mantenían estables, otros como

Oscar no le era necesario por lo que iba una vez al mes (Comunicación personal, 5 de agosto de 2021).

Algunos pacientes iban temprano a la sesión, esperaban en la sala de espera, pedían siempre el mismo horario. Por ejemplo, en el primer encuentro, cuando llegué ya había un paciente esperando en la sala. Era Carlos. Cuando finalizó el encuentro y la profesional le quiso dar el próximo turno para dentro de 15 días, notó que el paciente ya había sacado el turno antes de entrar, con la secretaria. Sin embargo, otro caso es el de Juan. Era algo usual que se ausente, o que llegue tarde. Esto marca como con estos pacientes el encuadre es una construcción, donde el paciente tiene voz, y actúa por su cuenta, permitiendo que cada uno construya el análisis terapéutico (Comunicación personal, 5 de agosto de 2021). Giovacchini (1970) manifiesta que cuando los pacientes diagnosticados con psicosis tienen cierta autonomía, son tratables. Esto se debe observar en el encuadre analítico, donde el paciente siente que puede tomar decisiones. Como se menciona, el encuadre es diferente a los pacientes neuróticos, haciendo una construcción conjunta. Desde el inicio, se pactaba en conjunto los días y horarios que al paciente le quedaba más cómodo para poder ir, ya que los pacientes podrían estar en una relación analítica si se les ofrece un encuadre desde el primer día (Comunicación personal, 5 de agosto de 2021).

Según Lacan (1997), el terapeuta es el secretario. Es decir, el encuadre analítico tiene como finalidad permitir que el paciente pueda comprender que en ese espacio tiene libertad de elegir. Ir o no ir, hablar o no. En uno de los últimos encuentros con Juan, se lo observó un tanto inquieto, sostenía que lo forzaban a hacer cosas. A modo de cierre, la profesional le propuso que hable de lo que se sienta cómodo. Y en base a eso van a trabajar, sin forzar nada. Se le remarcó a Juan que en el consultorio todo se puede ir conversando, que es un tratamiento que van contrayendo los dos (Comunicación personal, 4 de noviembre de 2021).

Retomando los aportes de Winnicott (Nemirovsky, 2019) este autor coincide con lo mencionado ya que considera que el encuadre permite que se pueda llevar a cabo terapia con

ese tipo de pacientes. La regularidad de las sesiones, el inicio y el fin de cada encuentro colabora a estructurar la experiencia de este espacio único que tienen. El autor menciona que la terapia difiere de su caótico día a día ya que la regresión del paciente encuentra un límite, permitiendo que se tranquilice. El terapeuta con sus intervenciones en un encuadre determinado, podrá lograr esto (Nemirovsky, 2019). En la práctica se observó con Esteban, como en los encuentros intentaba hacer un freno de sus pensamientos, que lo abombaban. Se le marcaba un fin en los encuentros y la profesional le resumía todo lo hablado para que se pueda ir tranquilo. Es decir, según Bleger (2001) para este tipo de pacientes se exige otro tipo de manejo del dispositivo analítico. La herramienta principal según Lacan (1997) es la palabra. El rol del psicólogo es más activo, para buscar en el discurso de qué manera habla, como es la propia historia del paciente, que recursos tiene y cuál es su posición para poder cambiar la forma del lazo social existente. En la práctica se observó como la profesional les preguntaba a los pacientes sobre sus actividades. Era usual que inicie el encuentro preguntando “¿Cómo ha estado?”.

Según Giovacchini (1970) el encuadre analítico ofrece un lugar donde el paciente puede buscar su individuación. Permite que el paciente se pueda ver así mismo, construir una historia coherente e intentar dominar los problemas que tiene con el mundo exterior. En los encuentros, los pacientes pedían mucho la opinión de la profesional. Ella intentaba lograr una construcción en conjunto, para que ellos puedan individualizarse y lograr su autonomía. Cuando contaban o preguntaban algo les pedía su opinión, si ellos estaban conformes con tales decisiones, o sus opiniones respecto a ciertos temas que surgían en la conversación. Por ejemplo, en un encuentro Carlos comentó que la estaba ayudando económicamente a su hija, y le preguntó a la psicóloga si estaba bien. En esta situación, la profesional no le respondió a su pregunta, sino que le hizo otra pregunta “¿Qué le parece a usted Carlos?” En ese momento, el paciente comentó que le parecía bien ayudar a su hija ya que estaba pasando un mal momento económico. El solo respondió, permitiendo que el Otro no le ponga las palabras en

su boca, pudo construir la respuesta (Comunicación personal, 21 de octubre de 2021). Según Miller (2013) el psicólogo debe generar espacios y hacer de sostén. Se debe poder ser flexible en cuanto al tiempo y espacio del paciente.

Para agregar, también es interesante mencionar el encuadre y la parte física donde se lleva a cabo la sesión. Hay pautas que los pacientes marcan y que son necesarios a la hora de llevar a cabo un análisis (Giovacchini, 1970). Por ejemplo, un día hubo un cambio de consultorio. Matías, apenas entró comentó sobre el cambio de consultorio, y al finalizar preguntó si a partir de ahora iba a atender allí. Ese consultorio era diferente, no tenía luz solar, era oscuro. La profesional le comentó que fue algo excepcional. En general este paciente es muy persecutorio con los cambios y por eso no es beneficioso cambiarlo de consultorio. Cuando ocurría este tipo de imprevisto, se le cambiaba el encuadre a los pacientes (Comunicación personal, 4 de noviembre de 2021).

Además, Schroeder (2010) habla de encuadre interno, haciendo referencia a la propia conciencia que debe tener el analista de su posición como tal. En la práctica, la profesional comentó cómo esto ayuda para ordenarse uno, no perder los lineamientos de la terapia. Se debe contar con la capacidad de impedir que el marco de referencia se mezcle con el del paciente (Comunicación personal, 1 de octubre de 2021).

Siguiendo un poco más, Schroeder (2010) menciona que toda institución produce subjetividad. El sujeto, por ende, en su singularidad, se enriquecerá con la subjetividad instituida. Por esto, cuando se lleva a cabo psicoterapia en instituciones, hay que considerar el encuadre y los propios marcos de la institución. Es decir, la identidad y subjetividad del sujeto se configura por un lado con los marcos de la institución y por otro lado con el análisis particular. Por ejemplo, en el Sanatorio Monovalente, cuando ingresaba un paciente, el primer contacto lo tenía con un psicólogo admisor, que le realizaba una primera entrevista para derivarlo. Es decir, lograba una primera lectura para luego armar un equipo interdisciplinario conveniente para el paciente. Se intentaba hacer una valoración diagnóstica

(Comunicación personal, 12 de agosto de 2022). Además, en la institución se ha remarcado la importancia del marco del dispositivo institucional, ya que dentro del proceso terapéutico debe tomar varios factores como por ejemplo el diagnóstico, la alianza terapéutica. En ese entonces, con la lógica institucional se complicaba establecer un encuadre semanal, ya que la institución estipulaba el tiempo de las entrevistas, de los turnos y de los días que el profesional iba a la institución (Comunicación personal, 1 de octubre de 2022).

El encuadre de las instituciones variaba al encuadre de un consultorio privado. Se pudo observar como el psicólogo era más interactivo, se hacían más preguntas. No se prestaba tanto al lugar al silencio, más allá de que en reiteradas ocasiones sí, no los silencios largos, ya que había un tiempo más marcado. Era una terapia más focalizada, donde nunca se dejaba de lado el punto de urgencia, es decir el motivo de consulta, y la idea era siempre ir trabajando en base a eso. Igualmente siempre había que fijarse del caso a caso, ya que había pacientes que sí necesitaban de más tiempo o más consunción (Comunicación personal, 21 de octubre de 2021).

No hay que olvidarse del contexto histórico y social en el cual uno se encuentra. Dentro de la práctica se observó como la situación de covid-19, la pandemia mundial, hizo que las instituciones de salud colapsen. Eso también influyó en los procesos de los pacientes, ya que su encuadre se tuvo que adaptar a la gran demanda que los profesionales comenzaron a tener. Esta demanda pudo traer dificultades a los tratamientos ya que el turno rápidamente se llenaba (Comunicación personal, 28 de agosto de 2021). En uno de los encuentros con Juan, al finalizar se le dio un turno para dentro de 3 semanas. Juan preguntó si no había antes a lo que la profesional le contestó que no debido a que ya no tenía disponibilidad.

9.2 ¿Cómo intervenir con pacientes diagnosticados con psicosis?

Cuando se habla de la práctica del psicólogo con estos tipos de pacientes, Palomera (2014) menciona que se debe poder reinventarse con cada nuevo caso, ya que las soluciones

se deben adaptar a cada sujeto en particular. En la práctica se observó como el primer contacto que tenían los pacientes era con un psicólogo admisor, cuyo fin era derivar. Este profesional tenía como objetivo escuchar a esa persona y pensar a qué profesional derivarlo. Esto dependía de la edad y evaluación psicopatológica. Una vez derivado se lo ubicaba en el espacio que se creía mayor conveniente y acompañado por un equipo tratante, es decir, además de psicólogos, psiquiatras, neurólogos y psicopedagogos (Comunicación personal, 12 de agosto de 2021).

Tratar con este tipo de pacientes es toda una artesanía (Comunicación personal, 5 de agosto de 2021). Giovacchini (1970) menciona que a diferencia de los pacientes neuróticos, donde la asociación libre es el método por excelencia, con este tipo de pacientes, este tipo de intervención puede lograr cierta resistencia en el paciente, si toma esta indicación como una imposición. El autor considera que depende el caso a caso, pero que se puede tener una actitud más activa, intrusiva al comienzo de la entrevista. Con algunos pacientes, como por ejemplo Carlos o Esteban, bastaba solo con preguntarles cómo habían estado para que comiencen a hablar sin parar. Otros como Oscar, se debía mantener un rol más activo, donde se le hacían diferentes preguntas para que se pueda explayar. Siempre en los encuentros decía lo justo y necesario. Por este motivo, tomaba cómo viable permitir que el paciente pudiera elegir qué decir. (Comunicación personal, 3 de septiembre de 2021). Como dice Lacan (1997), quedarse como el secretario, permitiendo así un foco intrapsíquico.

Como se mencionó anteriormente, Palomera (2014) menciona que el delirio no se puede generalizar. Esto es debido a que el sentido y significado son subjetivos, por lo que el psicólogo deberá intervenir en cada caso de una manera particular. Un día Carlos comentó su opinión sobre la situación actual de Covid, del miedo que tenía de la nueva variante delta, y como se quedaba encerrado en la casa para cuidarse. Además comentó que todo el problema contextual que vivimos hoy parte del primer momento del hombre sobre la tierra. Es decir, Adán y Eva, y el momento que Eva se comió la manzana. Ella comió la fruta prohibida, y

debido a esto es que la pandemia mundial se había desencadenado. Es decir, aquí se pone en juego la subjetividad del caso a caso (Comunicación personal, 5 de agosto de 2021).

Según Giovacchini (1970) no es posible saber que podría haber sucedido en terapia de haber utilizado otro método. En algunas ocasiones los pacientes necesitan que la sesión se direcciona hacia algún lado. En otros, los pacientes se asocian de manera espontánea y no quieren que nadie interfiera en eso. “¿Cómo ha estado?” Es una pregunta que usualmente se hacía con todos los pacientes. La idea era que se abrieran y pudieran hablar (Comunicación personal, 22 de octubre de 2021). Carlos era un paciente que usualmente comenzaba interrumpir todo lo que la profesional le comentaba. Él siempre quería hablar de algunos temas particulares, y todo terminaba en eso. Por ejemplo, de la situación del planeta tierra, y como hoy en día la humanidad corre peligro. Por ende, según el autor mencionado anteriormente, es un desafío para los psicólogos intervenir en las sesiones, ya que no pueden predecir cómo van a reaccionar. En la práctica, la profesional ya conocía a los pacientes, por lo que estaba familiarizada con las temáticas que frecuentaban los pacientes. De todas formas, en los encuentros debía trabajar con la posibilidad de escuchar lo nuevo también (Comunicación personal, 22 de octubre de 2021). Por ejemplo con Carlos, le podría pedir la opinión sobre el Covid, pero cuando comenzaba a irse como en el caso de hablar de la humanidad, se lo intentaba cortar preguntándole sobre otro tema.

Como se menciona anteriormente, Lacan (1984) sostiene que se debe utilizar la transferencia para tratar con pacientes psicóticos. Sin embargo, se debe innovar, ya que no es lo mismo posicionarse en la transferencia con pacientes neuróticos que psicóticos. La transferencia coloca al analista en una posición privilegiada para el análisis. De esta se debe tener en cuenta no solo lo simbólico sino también lo imaginario. Sin embargo, hay que tener cuidado ya que el paciente puede desenvolver una transferencia de erotomanía o persecución, produciendo obstáculos en el análisis. Por esto, el analista debe tener la capacidad valorar los logros del paciente y alegrarse manteniendo una distancia adecuada para no desembocar en

ninguna de las dos transferencias mencionadas. Juan en varios encuentros le preguntó a la psicóloga sobre su estado civil. Cuando el paciente le preguntó si estaba casada, se le contestó en medio tono de gracia “ay Juan, como me va a preguntar eso” y cambió de tema. Con este paciente, esta respuesta, con un poco de humor, funcionaba para poder cortar con el delirio. Era frecuente que Juan hiciera ese tipo de preguntas, sobre la vida personal de la profesional. A veces se puede contestar, otras simplemente cambiar de tema para mantener distancia (Comunicación personal, 5 de agosto de 2021).

Por otro lado, como Lacan (1984) menciona, se debe tener precaución y evitar desembocar en una transferencia persecutoria. En la práctica se pudo observar cierta persecución de los pacientes hacia los psicofármacos. Ocurrió con Juan en uno de los encuentros, ante las reiteradas veces el paciente mostró descontento de consumir fármacos. Se intervino con palabras y se le dijo que todas las inquietudes que él tenía respecto a la medicación, que le consulte al psiquiatra ya que él era el especialista. Por ende, podría preguntar y sacarse todas las dudas que tenía y así estar más tranquilo. Aquí asintió, tomando la recomendación de la profesional, evitando la transferencia persecutoria. Esta sugerencia, también se la había dado a Carlos, ya que en uno de los encuentros se mostró muy descontento con los fármacos. A estos pacientes se le recomienda proponerles hablar sobre el tema, para no terminar en una persecución, ya que es una temática muy común, que los pacientes diagnosticados con psicosis terminen perseguidos por los fármacos (Comunicación personal, 9 de septiembre de 2021). Esteban en uno de los encuentros hizo referencia a querer dejar de tomar la medicación, ya que consideraba que él no tenía síntomas claros por ende, no era necesario medicarse. Aquí se le preguntó “¿Qué pasa si deja la medicación y vuelven los síntomas? Es una duda que tengo...” no respondió. Aquí se puede observar un poco sobre la certeza delirante que este paciente tiene específicamente con la medicación. Este tipo de certeza la llevaba a una cápsula de sentido, donde tenía persecución con los medicamentos. Hizo que Esteban sea muy rígido, por esto,

en la sesión se intentó poder abrir el sentido cristalizado, preguntando sobre esa certeza (Comunicación personal, 9 de septiembre de 2021).

En otra ocasión, me encontré con Esteban, que entró al consultorio exaltado diciendo que tenía un motivo nuevo. “¿Motivo de qué?” Se le preguntó. Esto le dio puntapié para comenzar a hablar, dijo que pudo hacer “un paréntesis de los fármacos” que le permitió recordar un deseo. Cuando se le preguntó cómo pudo hacer el paréntesis, él no respondió. Siguió hablando, diciendo que el deseo era que una mujer le preste su sexualidad. Ante esto, no se le dijo nada al respecto (Comunicación personal, 9 de septiembre de 2021). Ante esta afirmación, se puede retomar los aportes de Castro Tolosa y Lombardi (2016) que realizan sobre el empuje hacia la mujer en la psicosis. Según estos autores, que continúan con los aportes de Lacan, el sujeto psicótico se encuentra mortificado por el significante, y debido a esto irónicamente, prescinde de la referencia paterna para el acceso al lado femenino. En el caso Schreber, su delirio de transformarse en la mujer de Dios es el ejemplo de solución para ese goce desregulado y en exceso que lo lleva al desencadenamiento. La experiencia clínica atendiendo este tipo de pacientes sostuvo que es el propio sujeto psicótico, en pleno ejercicio de su libertad respecto del significante fálico, pueda plantear el deseo de ser mujer.

Siguiendo un poco más, en estos casos según Vegh (2007) el analista no se sitúa en el lugar de un saber supuesto ya que el paciente diagnosticado con psicosis no se lo otorga. Este autor estima que a la hora de tratar con pacientes psicóticos se deja de lado la interpretación y el analista se posiciona como lector. Giovacchini (1970) menciona que el curso del desarrollo de la transferencia tranquiliza a los pacientes. Esto es debido a que en el encuentro están junto a una persona que lo percibe como una totalidad. Este sentimiento estabiliza a este tipo de pacientes. Más allá de que su autocomprensión está distorsionada y fragmentada, el paciente, en algún nivel primitivo, tiene consciencia de su organización psíquica. En las sesiones gracias a lo que se iba construyendo entre el paciente y el terapeuta, este último le

demostraba al paciente que en su psiquis hay una unidad fundamental, logrando su tranquilidad (Comunicación personal, 22 de octubre de 2021).

Como se menciona anteriormente, Miller (2013) menciona que se debe poder acompañar y ayudar a los pacientes diagnosticados con psicosis a hacer una traducción de todo lo que los excede. “Hay que hacerse como si ellos entendieran que vos entendes pero tenes otro lenguaje o mirada” (Comunicación personal, 9 de septiembre de 2021). Es decir, poder dar un significado, un nombre. En un análisis, con una presencia regular, el analista intenta sostener a este sujeto que está en constante lucha con el Otro gozador.

Además, Mazzuca (2001) comenta que en las intervenciones el analista debe crear intervalos para que el paciente con diagnóstico de psicosis pueda accionar sin estar aturdido por los delirios. Por esto, se observó en la práctica como es importante que los pacientes puedan hablar de otra cosa que no sea su malestar. (Comunicación personal, 7 de julio de 2021). Como por ejemplo, se observó en el caso de Matías, que comenzó hablando de sus problemas con su madre y hermana, cosa que lo desestabilizaba. Para poder cortar con esto, la psicóloga le preguntó sobre su canal de YouTube y allí se observó otra actitud, el paciente se tranquilizó, comenzó a hablar de su canal compartiendo detalles, haciendo que su malestar cese para contar algo que le da placer. La idea era poder distraerlo de esto, y que se vaya tranquilo. Permitió una apertura y desconexión de todo lo que lo angustia y enoja. Otro caso era el de Carlos, cuando comenzaba a preguntar sobre su jubilación se le preguntaba sobre otra cosa, como por ejemplo un día se le preguntó “¿Con su acompañante terapéutica, a dónde va?” Aquí el paciente habló de todos los lugares que solía ir, logrando que pueda contar sobre su vida. Es decir, lograr tomar distancia de ese Goce del Otro que en cada una de las acciones descriptas insiste.

Se debe ser cuidadoso a la hora de intervenir, y hacerlo con prudencia y cautela. Con este tipo de pacientes, el humor funcionaba, pero a veces la risa le da cierto sentimiento de persecución, por eso hay que tener cuidado. Con cada paciente se tiene que medir cómo

intervenir. A lo largo de la profesión uno se va “entrenando por así decir” su manera de tratar con estos pacientes. Hay que marcar límites sin decirlo, y ser muy cuidadosos con lo que se dice. Se debe estar dispuesto a acompañar y escuchar (Comunicación personal, 5 de agosto de 2021).

Siguiendo la línea de ideas, se observa como con pacientes psicóticos se intenta posicionar desde el vacío, y que el psicólogo no debe ser quien cuestione su fundamento, sino quien permita poder ayudar al paciente. Mazzuca (2001) sostiene que el saber nunca es supuesto. Juan en reiteradas ocasiones le preguntó a la profesional cómo se encontraba él, es decir como ella lo encontraba al paciente. Se le contestaba preguntándole a él cómo creía que se encontraba. “Ando regular” decía el paciente. Mazzuca (2001) menciona que se debe fomentar intervenciones estabilizantes. Juan un día menciona que no se encontraba bien ya que le habían cambiado la medicación porque no había la que él consumía. Aquí se le comentó que a veces pasa que los medicamentos faltan en algunas épocas del año, que era algo común. Allí pareció tranquilizarse.

A veces, en las sesiones se debe generar un límite imaginario, ya que sino el paciente se puede desestabilizar (Comunicación personal, 23 de septiembre de 2021) Se puede observar con Carlos cuando comentaba sobre su computadora y su compañero. Era un manejo muy peligroso, ya que en un primer momento lo ayudaba con la compu, hasta que tuvo delirio persecutorio y se tuvo que cortar, dejó de ayudarlo. Ante estas situaciones era válido a veces minimizar las situaciones. Por ejemplo, decirle “pero no le hace caso” déjelo” para poder sacarlo de ahí y de que esté pegado, perseguido (Comunicación personal, 23 de septiembre de 2021). Como mencionó Rotte (2018), la postura del analista es de secretario. Es el rol que asume respecto al mensaje elaborado por parte del paciente. El analista presta su cuerpo, su presencia y su significante. Lo que se busca es dar cuenta del efecto de la palabra, que deja un aturdimiento al sujeto.

Giovacchini (1970) menciona que ante los pacientes diagnosticados con psicosis se puede tener una actitud donde se intenta responder al retraimiento de los pacientes haciéndoles preguntas y tratar de conseguir una historia. Carlos era un paciente que habló mucho de su historia. En uno de los encuentros, se le preguntó sobre sus trabajos. “Tenía 20 trabajos” comentó el paciente. Entre los dos, es decir el paciente y la profesional, fueron conversando sobre ellos. Carlos contaba que hacía, con quien trabaja.

Además, el autor menciona que como terapeuta, a la hora de intervenir se debe ser muy cuidadoso, ya que la relación terapéutica no está separada del medio del paciente. En muchas ocasiones, el paciente no distingue la conducta que tiene origen en su interior frente a estímulos externos. Por este motivo el terapeuta debe intentar remarcar lo interior del paciente de lo exterior, para darle claridad. En una ocasión, Juan repitió varias veces la frase “pobre Juan, pobre tipo” haciendo referencia a él. Cuando se le preguntó a qué venía esa frase, no hubo respuesta. Era importante indagar sobre esta afirmación que repitió para dar cuenta si había escuchado a alguien decirlo, o era una alucinación auditiva (Comunicación personal, 5 de agosto de 2021). Por otro lado, en uno de los encuentros Esteban comentó que tenía temas para hablar que le hacían “la cabeza”. Se interviene preguntando “¿Que puede se puede hacer cuando pasa eso?” A lo que el paciente contesta: y cortarla. “exacto, eso es una opción, y me parece que lo va a ayudar mucho” (Comunicación personal, 4 de noviembre de 2021).

Palomera (2014) menciona que el delirio no se puede generalizar. Esto es debido a que el sentido y significado son subjetivos, por lo que el psicólogo deberá intervenir en cada caso de una manera particular. Juan un día entró y lo primero que mencionó es que en su cabeza hay espíritus. Dijo esto y rápidamente comentó que le pego mal la crisis de los 50. Estas dos oraciones las repitió en varias ocasiones. Se le preguntó “¿Cómo lo podemos ordenar?” No hubo respuesta. El paciente comentó que estaba regulado por esto, por los pensamientos que tenía en la cabeza. Ante esto, se intervino proponiéndole que dejara un

rato tranquila la cabeza. Cuando Juan volvió a decir lo de las voces de los espíritus, se le dijo que no le hiciera caso a esos espíritus. Se le pregunta desde cuando escucha a esas voces, y comenta que últimamente las escucha. Ante esto se le pregunta si viendo tele escucha a las voces y comenta que no. Por ende, le recomienda que vea tele para poder hacer esta pausa a las voces y pueda estar tranquilo. Es decir, las voces del Otro, que le hablan, los mandatos, su rigidez incastrable. Ese día, antes de retirarse, Juan preguntó qué temas había hablado el día. Por ende, se le hizo un resumen y también le recordó las sugerencias que le hizo sobre lo que debía hacer cuando escuchaba las voces (Comunicación personal, 7 de octubre de 2021).

Por otro lado, el psicótico tiene una relación de extrañeza hacia el lenguaje porque es desconocido para él, y constantemente se esfuerza para poder interpretarlo y darle significación (Hornstein, 2013). Debido a esto es que se debe tener mucho cuidado con el lenguaje que utiliza (Comunicación personal, 4 de noviembre de 2021). Carlos en uno de los encuentros llegó emocionado. Contó que se compró una computadora. Aquí se le preguntó qué es lo que hacía en la computadora, a lo que el paciente le contestó que se comunicaba con la nasa rusa y de Norte América. Ante esta respuesta, la profesional le preguntó ¿Cómo es eso? Aquí el paciente comenzó a explicar que por YouTube vio videos. ¿Habría visto simulaciones? “No, son videos que no sé cuándo se graban, están en YouTube” dijo Carlos. Es decir, de una primera afirmación, se pasa a la explicación bien formulada. Si uno se quedaba con lo primero, podría inferir que estaba delirando. (Comunicación personal, 23 de septiembre de 2021). En otro encuentro con Carlos, se le preguntó su opinión sobre la tercera dosis de la vacuna. Carlos contestó que no tenía Covid, es decir no entendió la pregunta. Luego, se reformulo la pregunta y opinando que todas las vacunas eran buenas y que toda la humanidad corría peligro, afirmación que dijo en el primer encuentro que tuve con él.

Dicho todo esto, a la hora de tratar con pacientes diagnosticados con psicosis, se debe crear el espacio para que ellos piensen. Ante todo esto, en uno de los encuentros con Juan, se lo ve disgustado. En esta situación se propuso que se sienta cómodo con el tratamiento, y que

todos los temas se podrían ir trabajando y que allí no había nada forzado. Aquí el paciente dijo que el tratamiento y que el vivir en la casa de medio camino era forzado. A lo que la profesional contestó que en el consultorio no, que todo se iba conversando y viendo, que era un tratamiento que iban contrayendo los dos (Comunicación personal, 4 de noviembre de 2021).

9.3 Alcances y limitaciones del quehacer profesional al momento de tratar con pacientes psicóticos en consultorio externo

Cuando se habla de alcances y limitaciones, se puede estar hablando de dos caras de una misma moneda. Es decir, en muchas situaciones, ciertas limitaciones promovieron el cambio, logrando alcances en la práctica del psicólogo.

Como se mencionó anteriormente, a la hora de atender a pacientes en una institución, uno debe adaptarse a su metodología. En este caso, en cuanto a la atención psicológica, se mencionó que se podría abordar desde diversos puntos de vista. En estos casos, donde frecuentaban pacientes diagnosticados con psicosis, se encaminaba más hacia el psicoanálisis, ya que se consideraba que era la corriente por excelencia para poder acompañar a los sujetos (Comunicación personal, 29 de julio de 2021). Se toma al psicoanálisis como método de tratamiento, ya que mediante la palabra y las interpretaciones que hace el terapeuta, permiten observar tanto la estructura como los padecimientos subjetivos que tiene ese paciente. (Hornstein, 2013).

Según Giovacchini (1970), se pueden observar diversas conductas en las sesiones con pacientes diagnosticados con psicosis. Como profesional se debe tener consideraciones técnicas, ya que los momentos iniciales y las maniobras que hace el profesional, más allá de que varía según el profesional y los pacientes, son cruciales para poder llevar a cabo un análisis satisfactorio. En uno de los encuentros Carlos mencionó que su acompañante terapéutica le iba a presentar una mujer. Ante esto no se le preguntó nada. Era muy poco

probable que sea cierto. Pero como mencionaba “Los pacientes psicóticos no tienen memoria” (Comunicación personal, 1 de octubre de 2021). Lo más probable era que en el próximo encuentro ni se acuerde de lo que planteo, y así fue. Como menciona Lacan (1997), con este tipo de pacientes se necesita un enfoque distinto, por eso se cambia la postura y se comienza a analizar el caso a caso, para lograr un método que se ajuste a este tipo de pacientes, para poder acompañarlos. Uno es más activo, se le hacen más preguntas.

Se puede observar como Freud (Palomera, 2014) notaba que los pacientes con diagnóstico de psicosis estaban estables luego de tener encuentros regulares con un analista. En la práctica, los pacientes se encontraban estables. Más allá de la medicación que tomaban, los encuentros quincenales lograron que estos mantengan una regularidad en sus vidas, que los mantenía tranquilos. Como se observó algunos en sesiones venían desbordados, pero siempre hablando con la profesional, se observaba que se iban diferente a como habían llegado, es decir, relajados. Con la palabra y la escucha, estos pacientes se tranquilizaban, cosa que no parecía con la medicación.

Por su parte, Lacan (1997) gracias al estudio del caso a caso que hace, concluye que las personas psicóticas no tienen una deficiencia, sino otra estructura. Es decir, cuando una persona llega a consulta, el profesional debe poder identificar la estructura psíquica que el paciente tiene. En la práctica se observa que el primer contacto era el psicólogo admisor. Este hacía un diagnóstico precipitado, con una idea general. Por ende, el profesional a la hora que se lo derivan, tenía una idea de lo que se va a encontrar. De todas formas, debía tener la capacidad de poder diferenciar y cambiar su posicionamiento, ya que como se mencionó, no es lo mismo que entre a sesión una persona neurótica que psicótica.

En estos tipos de casos, Lacan (Palomera, 2014) sostiene que el objetivo del análisis es poder lograr que la persona pueda convivir con ese mundo incomprendido por él, poder estabilizarse y que su experiencia sea lo más ameno posible. Según este autor, los psicoanalistas son los destinatarios de esta demanda. Los pacientes buscan estos espacios

para no derrumbarse. Aromi y Esqué (2018) coinciden con esta postura, agregando que en el análisis se intenta construir una versión del paciente más congruente. Se intenta hacerlo sentir cómodo.

En la práctica se observó la singularidad de cada caso. En primera instancia, como cada paciente era un mundo, donde se le debía prestar mucha atención a lo que mencionan. Cada sujeto tenía gustos muy diversos. En los encuentros se le preguntaba sobre los intereses de cada uno. Por ejemplo, a Juan le preguntaba sobre música, a Matías sobre los contenidos que subía a su canal de YouTube, a Oscar sobre fútbol. Esto los despejaba, tranquilizaba, y hacía que se distiendan un rato. En estos momentos lograban encontrarse con su deseo diferente a ese Goce permanente del Otro que los tiene atormentados. A Carlos se le preguntaba de lo que investigaba por la computadora, y a Esteban que era lo que le gustaba cocinar.

Siguiendo un poco más, el gran alcance que se tiene a la hora de tratar a los pacientes diagnosticados con psicosis es que se ha creado un espacio seguro para acompañarlos, y psicoeducarlos (Vegh, 2007). En muchas ocasiones se pedía opinión. Por ejemplo, en uno de los encuentros Carlos mencionó que quería dejar de usar el barbijo. Aquí se le recomendó que lo siga usando y que siga teniendo precauciones para conservar en buen estado su salud. El psicólogo es un promotor de salud de los 3 niveles. Es por esto que se debe promover siempre la salud y no dar su opinión personal ya que puede lograr que el paciente se quede pegado a eso (Comunicación personal, 7 de octubre de 2021).

Además, en el área ambulatoria de una institución uno puede aprender herramientas desde un lugar específico. La interdisciplina en estas instituciones y con este tipo de pacientes, hace que la transferencia se distribuya. En los encuentros era usual preguntar si habían ido al psiquiatra, o qué actividades realizaban con su acompañante terapéutico. Si se observaba alguna actitud extraña, se comunicaba con los profesionales para saber si notan lo

mismo o no. Al distribuir la transferencia, hace que no sea masiva, y que sea distribuida (Comunicación personal, 4 de noviembre de 2021).

A su vez, retomando los aportes de Palomera (2014), los primeros clínicos estaban implicados en una relación con un lugar inesperado. Menciona que era diferente al que tenían con los pacientes neuróticos. Esto que comenzó ser una limitación ya que no contaban con herramientas para tratar con estos pacientes que eran diferentes, se convirtió en una oportunidad para los psicoanalistas de la época poder estudiar a estos pacientes, y comenzar a tratarlos con la metodología correcta. Aquí los profesionales comenzaron a posicionarse en un lugar diferente, que les permitió incluirse en la estructura de la cura de los pacientes. Cuando los autores notaron que el paciente se acomodaba y le daba lugar al analista, cambió la perspectiva, logrando crear un nuevo espacio para tratar a los pacientes diagnosticados con psicosis. En las prácticas profesionales, cuando realizamos las capacitaciones, mencionaron como el Doctor Morra era un visionario, alguien que podía ver más allá de lo que veían los comunes. En su época, no solo construyó la institución, incluso ya pedía una ley de salud mental exactamente igual a la que está vigente hoy. Pedía respeto hacia los pacientes de salud mental, evitar internación, atender a los domicilios, separar delincuentes, pedía una legislación específica de la salud mental. Apoyaba la salud mental, queriendo dejar de marginar a los “aliados” ya que así llamaban en esa época a las personas que padecen enfermedades mentales (Comunicación personal, 3 de junio de 2021).

A continuación, cuando se habla de limitantes, según Freud (1924), una de las limitaciones terapéuticas que se puede observar en los pacientes diagnosticados por psicosis es el alto grado de distorsión de la realidad que tienen. Este autor menciona que son retraídos, y esto complica a la situación analítica y al terapeuta. Esta instancia podría tener muy poco significado para los sujetos. Se puede observar en la práctica que Juan a la hora de retirarse, le costaba mucho desprenderse. Freud (1924) sostiene que hasta se puede considerar ridículo el intento de realizar análisis con este tipo de pacientes. Sin embargo, Giovacchini (1970)

sustenta que se debe enfocar en el caso a caso para poder observar el nivel de rigidez que tiene el sujeto. Así se podría evaluar si se puede llevar a cabo terapia. Según este autor, hay pacientes que se terminan beneficiando del análisis en la medida que este le ofrezca un espacio con métodos y parámetros distintos a los que tiene el sujeto. En los pacientes, en todos se observó una estabilidad luego de iniciar terapia. Juan y Esteban eran los pacientes más nuevos, donde quedaba mucho por trabajar. De todas maneras, se observaron muchas mejoras desde el primer día. Juan en un primer momento directamente no asistía a los encuentros, y cuando lo hacía no hablaba. Luego, comenzó a ir y de a poco fue conversando. Hasta ese momento, había faltado una sola vez, y en todos los encuentros se podía entablar una conversación.

En cuanto a la práctica profesional, no hay demanda con este tipo de pacientes. No llegan por su cuenta. En muchas ocasiones van obligados. Aquí no se adhieren al tratamiento, faltan. Juan contó en uno de los encuentros, que cuando fue a la institución fue engañado por el padre. La transferencia se genera en el consultorio, en la mayoría de los casos. De todas maneras, a nivel general son los pacientes que más suelen ir a terapia. Se comentó que son cumplidores ya que es una respuesta automática que tienen. (Comunicación personal, 1 de octubre de 2021).

Giovacchini (1970) retoma lo que se comenta anteriormente, que el profesional tiene como objetivo crear en el análisis un espacio donde el paciente pueda proyectar su vida diaria. Sin embargo, este espacio puede limitarse a convertirse en el lugar donde el paciente anhela encontrar al salvador omnipotente. Dependerá de la transferencia y del caso a caso para saber qué fin tiene el análisis.

Los tiempos y turnos de las instituciones, el horario y también la variedad de profesionales, pueden perjudicar el análisis ya que las personas con diagnóstico de psicosis se persiguen mucho, ir rotando de profesionales puede ser muy persecutorio para ellos (Comunicación personal, 4 de noviembre de 2021).

Además, cuando ocurre la transferencia erotomanía o persecutoria, la única solución es la derivación. Ya que puede pasar que piense que uno está enamorado y tener consecuencias con esto, y aquí lo mejor es terminar derivando (Comunicación personal, 9 de septiembre de 2021).

Vegh (2007) comenta que la psicosis no es siempre fácil de detectar. Por lo que en muchas ocasiones dificulta el tratamiento. En la práctica, un día Carlos comienza a hablar de cómo él hace muchos años atrás, estuvo deprimido. En otro hospital lo diagnosticaron con depresión. Esto podría significar dos cosas. Por un lado, le dieron tal diagnóstico para tranquilizar al paciente. Por otro lado, fue un mal diagnóstico ya que es usual que los síntomas premórbidos muchas veces sean el desgano, el estupor (Comunicación personal, 18 de agosto de 2021).

Lacan (1997) sostiene que no hay cura para la psicosis, lo cual puede ser interpretado como una limitación. Sin embargo, el autor menciona que esto no significa que no se necesite de la práctica psicoanalítica para este tipo de pacientes, ya que se les puede brindar apoyo para intentar unir los nexos entre lo simbólico y lo imaginario, permitiendo que puedan vivir en el mundo caótico en el que se encuentran. El análisis ha demostrado efectividad ante la construcción de un lazo social con este tipo de pacientes. Se aspira a comprender al sujeto, rescatando su lazo social. Hay que dar lugar a la palabra sin importar las dificultades, abriendo a la conversación y a los interrogantes.

Siguiendo esta línea de ideas, queda grabada una frase que una de las profesionales dijo cuándo realizamos las capacitaciones “ninguna afección, ningún padecimiento más duro que la enfermedad mental, que se ve agravada por la lamentable vigencia de un factor ambiental: la incomprensión” (Comunicación personal, 3 de junio de 2021).

10. CONSIDERACIONES FINALES

A modo de conclusión, me gustaría en primer lugar remarcar que la práctica del psicólogo es requerida en instituciones tanto públicas como privadas, ya que la finalidad es poder trabajar con sujetos que llegan con un malestar propio, más allá de la estructura psíquica que tengan. En estos lugares, para trabajar de manera exhaustiva, se necesita de un encuadre particular. Conocimientos y técnicas que permitan al profesional intervenir de la mejor manera. Además, los psicólogos deben seguir estudiando e investigando tanto las estructuras como las patologías mentales, para seguir construyendo y complejizando estas temáticas. Es decir, buscar en la práctica, con sus particularidades, brindar herramientas a los sujetos que tienen un padecimiento subjetivo.

Como se mencionó a lo largo del escrito, los primeros casos de pacientes con una estructura diferente eran desconcertantes. Sin embargo, con el estudio del caso a caso, lo que en un principio se consideraba una limitación, terminó teniendo gran repercusión. Algunos autores mencionados como Freud, Lacan, fueron pioneros del estudio de la estructura psicótica y marcaron el camino. Es decir, todo lo estudiado abre las puertas a seguir complejizando, pero también pone en evidencia todos los alcances que la práctica del psicólogo con pacientes diagnosticados con psicosis tiene hoy. Esto es debido a que no bajaron los brazos, no han renunciado al sujeto.

A la hora de hablar de salud mental, uno debe tener conciencia de lo que está diciendo. Cuando se habla de sujetos que padecen enfermedades, o padecimientos específicos, debe saber lo que esas palabras dicen en su totalidad. Esto es debido a que a lo largo de la historia siempre ha habido una generalización sobre la temática pero ¿De quienes estamos hablando? Aquí es donde entran en juego los pacientes diagnosticados con psicosis. Como se mencionó a lo largo del trabajo, estos pacientes contaron con muchos obstáculos hasta que los reconocieron, hasta que vieron que había sujetos que estaban sufriendo, que no

eran locos ni alienados, solo personas con una estructura mental que difería a la estudiada hasta el momento.

En psicología se intenta estudiar todos los procesos mentales que ocurren en los sujetos a lo largo de la vida. Se delimita lo que se considera esperable o no esperable en ese momento de la vida de un sujeto en particular, lo que es salud y enfermedad. Sin embargo, siempre se miró e investigó desde el punto de vista de los neuróticos. ¿Y los psicóticos?

¿Perversos? Aquí no vamos a entrar en el último grupo, ya que no es la temática de este trabajo, pero con este pensamiento se intenta abrir el margen, la perspectiva, y fomentar la inclusión de este tipo de pacientes en los estudios. ¿Por qué? Porque son personas que viven en el mundo junto a nosotros, que necesitan de nuestro acompañamiento. Como bien comenta Lacan, la psicosis no tiene cura porque es una estructura mental diferente, por ende debemos estudiarla para poder entenderla, y tener empatía con esos sujetos, que son esclavos de su aparato psíquico.

Por otro lado, las sociedades cuentan con ciertos parámetros y definen lo que es normal o anormal, salud o enfermedad permitiendo que se tenga el pensamiento alienador que margina a los sujetos que tienen este diagnóstico. En la práctica se observó la percepción que los pacientes tenían de sí mismos, y de la sociedad. Carlos, por ejemplo, mencionó que en su momento lo tomaron de loco, pero que ahora su familia se dio cuenta que no era así. Es decir, se observa como el paradigma antiguo se va rompiendo, dando lugar a la visibilización de lo complejo que es el estudio de la mente humana, dejando atrás el desconocimiento y los prejuicios. Para eso, los profesionales de la salud mental deben fomentar en la sociedad la ayuda, la empatía, la colaboración. Esto se inicia en el consultorio.

Hay que despatologizar la psicosis, hay que tomarla como una forma de ser en el mundo, y con esto el estudio es crucial. Como bien se comentó anteriormente las intervenciones de psicosis y neurosis son muy diferentes. En estos casos hay que descompletar el saber y correrse de todo ideal de cura. Se debe tener paciencia para poder

tratar con este tipo de personas. Es un campo de conocimiento que está en constante crecimiento, dónde queda mucho por aprender y estudiar.

La práctica del psicólogo en estos casos es importante, para ayudarlos a tener una vida en el mundo donde nos encontramos, para que salgan de su cabeza. Como menciona Vegh (2007) estos sujetos no son felices cuando solo son objetos de Goce del Otro. Cada persona es un mundo con sus traumas, problemas, pensamientos. Es decir, su subjetividad. Se está al tanto que somos diferentes, pero si tenemos las herramientas para acompañarlos y hacer de su vida una existencia más estable, menos caótica ¿Por qué no? Hay que dejar de etiquetar, de poner prejuicios sobre estas personas. ¿Cómo se logra esto? Estudiando, investigando sobre el tema, seguir informándose sobre cómo poder enlazar aquello de la estructura que quedó desenlazado y provoca desbordes. No hay que dar por sentado ni suponer. Hay que indagar. Todo esto se debe proponer para tener las herramientas necesarias para tratar a pacientes con diagnóstico de psicosis. En los apartados anteriores, se habla de las particularidades que tiene la práctica del psicólogo con estos pacientes. Se puede observar cómo a través del tiempo, y con el caso a caso los autores fueron especificando las intervenciones y la posición que tiene el analista con estos pacientes. Se expandió el conocimiento de la teoría y práctica de la psicología cuando se descubrió que había más de una estructura psíquica mental.

En la práctica se observó que cuando un profesional ve a sus pacientes como sujetos, más allá del diagnóstico o estructura, el trabajo es diferente. En la psicosis es la vida subjetiva del sujeto lo que está en cuestión. No es un número, es una persona que tiene padecimientos, cada uno es especial. En estos casos lo importante es acompañar, poner el cuerpo, escuchar y lograr que ese sujeto que está atormentado por ese Otro gozador, ese Otro que le saco su palabra, tenga su propia voz, su propio pensamiento. A lo largo del trabajo, se pudo percibir que en estos casos, la idea era lograr que ellos en el análisis encuentren un lugar simbólico donde puedan alojarse. Es decir, que se sientan escuchados y acompañados. Para eso hay que prestarles el cuerpo, dar lugar a la palabra para lograr una conversación e interrogantes. Es

decir, hay que darles un lugar donde estar, donde expresarse. Son personas que van más allá de la regla, de lo que se considera normal, personas que su diagnóstico muchas veces sirve como una etiqueta, llena de prejuicios.

Coincidiendo con los autores expuestos anteriormente, me parece pertinente que en la formación profesional se tenga la experiencia con la estructura psicótica. Tanto en lo teórico como en lo práctico se observó como el trabajo que se tiene como psicólogo tiene sus particularidades. Este trabajo me permitió abrir mi horizonte, expandir mis conocimientos y me invitó a seguir estudiando sobre la subjetividad humana, sin exceptuar ninguna estructura psíquica mental. La práctica del psicólogo con estos pacientes no es rígida, sino que es una gran artesanía, donde uno debe salir de la posición donde usualmente se encuentra. Como se mencionó, hay un encuadre diferente donde los tiempos los pone el otro. En cuanto a las intervenciones, se debe dejar de lado el Sujeto Supuesto a Saber ya que eso limitaría el análisis. Hay que acompañar con precaución, ser el secretario, el ignorante. El paciente no busca el saber, él lo tiene. Se debe frenar cualquier tipo de pensamiento intrusivo que se tenga, darle las herramientas para que si escucha ese Otro Gozador pueda distraerse y calmarse. Lograr que los sujetos puedan vivir de la mejor manera posible en el mundo.

Por su parte, Lacan recomendaba no retroceder ante la psicosis. Sin embargo, en el ejercicio profesional, se puede optar por no tomar pacientes psicóticos por múltiples razones y es ético ya que cada profesional se especializa en su área de interés. Es válido que se decida no trabajar con estos pacientes. Sin embargo, es pertinente que esa decisión se tome con fundamentos. Es decir, que se den los espacios para conocer esta estructura, con sus alcances y limitaciones, para que se pueda elegir. Es una temática que no todos los profesionales están familiarizados. Por esto, este tipo de oportunidad de prácticas se puede aprovechar para poder experimentar y conocer esta estructura psíquica. La psicología, es una gran artesanía, y como artesanos, con pasión y vocación, debemos ir construyendo nuestro camino profesional con mucha cautela.

Para finalizar, parafraseo una frase que me ha dejado pensando de Nemirovsky, C. (2019) Este autor habla de los profesionales y los pacientes psicóticos. Lo interesante es que se interroga, si como analistas, tenemos la dificultad de poder aceptar una forma diferente a la nuestra de construir un vínculo. Nosotros lo tomamos como extraño, angustiante, enloquecedor, y consideramos que el problema es la transferencia de estos sujetos. Pero...

¿Es realmente así? Esto me deja pensando y abre a grandes cuestionamientos, que como futura profesional me hago ¿Podré lograr un nuevo punto de vista? Ahora toca realizar la tarea de introspección, para ver si nuestras lecturas y estudios no han sido influenciadas por nuestras mentes neuróticas. Como futura profesional, me propongo seguir estudiando y practicar esta profesión junto a estos pacientes, ser su secretaria.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromí, A. Esqué, X. (2018). *Las psicosis ordinarias y las otras, bajo transferencia*. [Resumen de presentación de la conferencia]. XI congreso de la Asociación Mundial de Psicoanálisis. <https://congresoamp2018.com/textos/las-psicosis-ordinarias-las-otras-transferencia/>
- Ávila Espada, A. (1990). Psicología clínica: una formación para psicólogos especialistas en cuanto profesionales de la salud. *Revista del colegio oficial de Psicólogos: Papeles del psicólogo*, (43). <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=431>
- Báez, J. (2010). El dispositivo analítico para el caso de la psicosis. *Ces Psicología*, (1), 115-123. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539416008.pdf>
- Bleger, J. (2001). *Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico*. Simbiosis y ambigüedad, Paidós.
- Briole, G. (Presentación de Palomera, V.) (2014). Presentación. En V. Palomera (Ed.). *Pioneros de la psicosis* (pp. 10-21). Gredos.
- Castro Tolosa, S., Lombardi, G. (2016) *Consideraciones sobre el empuje a la mujer*. [Resumen de presentación de la conferencia]. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. <https://www.aacademica.org/000-044/676.pdf>
- Cepeda, C., Arbizu, J. & Kantt, M. (2020). ROL DEL PSICÓLOGO EN LA POST-PANDEMIC: Una mirada desde la Psicología de la Emergencia. *Memorias del I Congreso Internacional De Psicología: PSICOLOGÍA E INTERDISCIPLINA FRENTE A LOS DILEMAS DEL CONTEXTO ACTUAL*, (1), 25-31. <http://ojs.ucp.edu.ar/index.php/memoriacongreso/article/view/648>

Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. (2016). *Constitución del colegio de psicólogos de la provincia de Córdoba*. Recuperado de <https://cppc.org.ar/constitucion-del-colegio-de-psicologos-de-la-provincia-de-cordoba/>

Díaz Martínez, I. y Núñez Pérez, R. (2010). *Psicología Clínica: ¿Qué es? ¿Qué hace? ¿Cómo lo hace? ¿Para qué sirve?* Universidad Autónoma Metropolitana.

https://www.academia.edu/7646510/Psicolog%C3%ADa_Cl%C3%ADnica_Qu%C3%A9_es_Qu%C3%A9_hace_C%C3%B3mo_lo_hace_Para_que_sirve

Federación de Psicólogos de la República Argentina. (Fe.P.R.A). (2012). *Estatuto de la federación de psicólogos de la República Argentina*. Recuperado de http://www.fepra.org.ar/docs/la_federacion/estatuto_fepra_modificado_2012.pdf

Federación de Psicólogos de la República Argentina. (Fe. P. R. A). (2018). *Leyes de ejercicio*. Recuperado de [Leyes de Ejercicio | FePRA | Federación de Psicólogos de la República Argentina](#).

Federación de Psicólogos de la República Argentina. (Fe. P. R. A). (2018). *Leyes Relevantes*. Recuperado de [Leyes Relevantes | FePRA | Federación de Psicólogos de la República Argentina](#).

Federación de Psicólogos de la República Argentina. (Fe. P. R. A). (2018). *Pautas de orientación /atención psicológica a distancia*. Recuperado de [PAUTAS DE ORIENTACIÓN / ATENCIÓN PSICOLÓGICA A DISTANCIA | FePRA | Federación de Psicólogos de la República Argentina](#)

- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (Fe. P. R. A). (2018). *Reconocimiento de Especialidades*. Recuperado de [Reconocimiento de Especialidades | FePRA | Federación de Psicólogos de la República Argentina](#).
- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (Fe. P. R. A). (2018). *Regulación de la práctica: normatizaciones*. Recuperado de [Regulación de la Práctica | FePRA | Federación de Psicólogos de la República Argentina](#).
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (EFPA). (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, (85), 1-10.
- Freud, S. (1976). *Neurosis y Psicosis*. En Obras completas de S. Freud, Vol.12 Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1924).
- Freud, S. (1978). *Psicología de las masas y análisis del yo*. En Obras completas de S. Freud Vol. 11. Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1921).
- Freud, S. (1986). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia*. En obras completas de S. Freud, Vol. 12. Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1910).
- Fundín, M. (2016). *De familias, psicosis e internación*. Letra viva.
- García Barthe, M. (1997). *La ética en la formación del profesional de Salud Mental*. *Revista Psicoanálisis y Hospital*, (12), 86-89.
- Giovacchini, P. L. (1970) El encuadre analítico y el tratamiento de las psicosis. *Revista de Psicoanálisis*. 27(04), pp. 775-792.
- Hornstein, L. (2013). *Las encrucijadas actuales del psicoanalista. Subjetividad y vida cotidiana*. Fondo de Cultura Económica.

- Jara, O. (2011). La sistematización de experiencias aspectos teóricos y metodológicos. *Decisio*, (28), 67-74.
http://www.crefal.edu.mx/decisio/images/pdf/decisio_28/decisio28_testimonio_s1.pdf
- Jara, O. (2013). Orientaciones teórico prácticas para la sistematización de experiencias.
http://www.bibliotecavirtual.info/wpcontent/uploads/2013/08/Orientaciones_teoricopracticas_para_sistematizar_experiencias.pdf
- Lacan, J. (1984). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. En escritos 2. XXI editores. (Trabajo original publicado en 1958).
- Lacan, J. (1985). *Más allá del principio de realidad*. Escritos 1 y 2. XXI editores. (Trabajo original publicado en 1936).
- Lacan, J. (1997). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 3, Las Psicosis*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1956-66).
- Lacan, J. (2006). *El seminario de Jacques Lacan, Libro 23, El sinthome*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1976).
- Lagache, D. (1982). Psicología y métodos clínicos en D. Lagache (Ed.), *Psicología clínica y método clínico Obras III: De la homosexualidad a los celos* (pp. 141-156). Paidós.
- Ley N° 7.106. Boletín Oficial de la República Argentina, Córdoba, 27 de septiembre de 1984.

Ley N° 8312. Boletín Oficial de la República Argentina, Córdoba, 8 de septiembre de 1993.

Ley N° 23.227. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 6 de noviembre de 1985.

Ley N° 26.529. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 19 de noviembre de 2009.

Ley 26. 657. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 2 de diciembre de 2010.

Mazzuca, R. (1986). *Curso de Psicopatología IV. Semiología y nosologías psiquiátricas*. Tekné.

Mazzuca, R. (2001). *Las Psicosis: Fenómeno y Estructura*. Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Miller, J. A. (2013). *Introducción al método psicoanalítico*. Paidós.

Morra, L. S. (3 de mayo de 1915). *Legislación sobre alienados* [Presentación en papel]. Conferencia dada en el Círculo Médico. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Nemirovsky, C. (2019). *La intersubjetividad y los trastornos complejos: Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría*. [Archivo PDF] <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/Carlos-Nemirovsky-Winnicott-y-Kohut-3a-reimpresion.pdf>

Palomera, V. (2014). *Pioneros de la psicosis*. Gredos.

Rotte, G. G. (2018). Algunas consideraciones teóricas y técnicas sobre la psicosis en la obra de Freud y Lacan. *Poiésis*, (35) ,11-19.
<https://doi.org/10.21501/16920945.2957>

Sanatorio Morra. (s.f.). *Historia*. Recuperado de
<https://www.morrasanatorio.com/copia-de-obras-sociales>

Sanatorio Morra. (s.f.). *Neurociencias*. Recuperado de
<https://www.morrasanatorio.com/>

Sanatorio Morra. (s.f.). *Servicios*. Recuperado de
<https://www.morrasanatorio.com/copia-de-prestaciones>

Salomone, G. Z. (2008). Variables jurídicas en la práctica psicológica. Las problemáticas éticas del diálogo disciplinar. En Y. Di Nella, (Comp.), *Psicología Forense y Derechos Humanos*. Vol. 1: la práctica profesional psicojurídica ante el nuevo paradigma jus-humanista. Buenos Aires: Koyatun Editorial.

Schroeder, D. (2010). Repensando el encuadre interno. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* n. 110: 144-60. -
https://www.apuruguay.org/apurevista/congresos/2010/Schroeder_Damian_2041100_4.pdf

Sierra Rubio, M. A. (2013). Psicopatología Psicoanalítica: un saber en la encrucijada. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 16 (1).
<https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000100005>

Soto Baño, M. y Clemente Suarez, V. (2021). Psicología de emergencias en España: delimitación conceptual, ámbitos de actuación y propuesta de un sistema

asistencial. *Papeles del Psicólogo*, (1), 55-66.

<http://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2939>

Vegh, I. (2007). *Una cita con la Psicosis*. Homo Sapiens Ediciones.

Vegh, I. (1992). *Psicosis*. Seminario Freudiano.

Vucinovich, N., Poves Oñate, S. y Romero Gamero, R. (2012). Acerca del posicionamiento del terapeuta en la psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (116), 787-793.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265025475008>