



Universidad Católica de Cuyo

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología

El abordaje del síntoma psicótico en un centro de día orientado por el
psicoanálisis lacaniano

Lela, Johana Janet

San Juan

Octubre 2025



Universidad Católica de Cuyo

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología

El abordaje del síntoma psicótico en un centro de día orientado por el
psicoanálisis lacaniano

Alumna: Lela, Johana Janet

Directora: Mg. Sonia Giménez

Tutora académica: Lic. Paula Brozina

San Juan

Octubre 2025

INDICE

Agradecimientos.....	5
Capitulo I	
Introducción.....	6
Capitulo II	
Marco teórico.....	8
1.Psicoanálisis.....	8
2.Psicoanálisis de orientación lacaniana.....	9
3.Estructura.....	9
3.1.Primer enseñanza de Lacan.....	10
3.2.Ultima enseñanza de Lacan y reconfiguración de la estructura	10
4.Síntoma.....	11
4.1.Síntoma y Estructura.....	13
4.2.Síntoma y Estructura en la psicosis.....	13
4.2.a.El síntoma entre sentido y goce.....	14
4.2.b. El síntoma como defensa y como arreglo.....	14
5.El síntoma en la psicosis: Los fenómenos elementales como el equivalente del síntoma en la neurosis.....	15
6.Estructura clínica en la psicosis: Perspectivas discontinuista y continuista en psicoanálisis lacaniano.....	16
6.1.Perspectiva discontinuista: la psicosis como estructura diferenciada.....	17
6.2.Perspectiva continuista: más allá del binarismo estructural.....	17
7.Estabilizaciones en la psicosis.....	18
7.1.El papel de la transferencia en la estabilización.....	18
7.2.El lugar del delirio en la estabilización.....	19
7.3.El cuerpo y la estabilización.....	19
7.4.Institución como marco de estabilización.....	20

7.5. Analista sinthome.....	20
8. Psicoanálisis en las instituciones.....	21
9. Centro de día.....	22
Capítulo III	
Materiales y métodos.....	24
1. Fases del proceso de la práctica.....	25
1.1. Fase de acercamiento a la institución.....	25
1.2. Fase de exploración.....	26
1.3. Fase de descripción.....	26
1.4. Fase de planificación.....	27
1.5. Fase de intervención.....	27
1.6. Fase de análisis y elaboración.....	28
Capítulo IV	
Resultados.....	29
1. Datos iniciales de G y primeros acercamientos.....	29
2. Algunas observaciones en torno a G.....	30
3. Posición de la practicante.....	32
4. Taller de noticias.....	33
5. Taller expresivo.....	34
Capítulo V	
Discusión.....	35
1. Conclusiones generales.....	35
1.1. Acerca de las psicosis.....	35
1.2. Posición de la practicante.....	36
1.3. Acerca de la transferencia.....	36
1.4. La institución como suplencia.....	38
2. Utilidad de las prácticas profesionales supervisadas.....	38
3. Propuestas.....	39
Bibliografía.....	40

AGRADECIMIENTOS

Al Decano de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Católica de Cuyo, Lic. Leonardo Videla y a la Secretaria Académica Lic. Marisol Rabiti

A las tutoras del Programa de Prácticas y Trabajo Integrador Final, Prof. Sonia Giménez y Prof. Paula Brozina, por su orientación.

A la Secretaria Administrativa Sra. Adriana Holzer por su acompañamiento paciente y generoso. Al Centro de Día NODAL, en especial al Lic. Franco Masi y a la Lic. Luciana Bordas, por abrir las puertas a la experiencia y al aprendizaje compartido.

A Raúl y Mercedes, por mostrarme el valor de lo sencillo.

A Federico, Florencia y Rodrigo, siempre niños, por poner comedia en el drama.

A Mariana, por su presencia constante, su apoyo inquebrantable y por haber sido la primera en creer.

A Roberto, mi partenaire-síntoma, trabajador decidido por la causa, mi más profunda gratitud por su apuesta y su amor en este recorrido.

CAPITULO I

INTRODUCCION

El presente Trabajo Integrador Final (T.I.F.) forma parte del Programa de Prácticas Profesionales Supervisadas (P.P.S.) de la Universidad Católica de Cuyo como última evaluación para la obtención del título de Licenciatura en Psicología. Se incluye en el área de psicología clínica a cargo de la directora del programa Mg. Sonia Giménez y bajo la orientación de la tutora académica Lic. Paula Brozina.

Las practicas pre-profesionales supervisadas (PPS) se realizaron en un centro de día, ubicado en la provincia de San Juan, durante los meses de noviembre, diciembre, enero, febrero, marzo y abril del año 2022 y 2023 respectivamente, cumpliendo un total de 150 horas.

La institución brinda una alternativa de tratamiento a personas con diagnóstico de psicosis, entre otras patologías. Cuenta con diferentes espacios, individuales, domiciliarios y grupales bajo la modalidad de talleres que ofrecen temáticas establecidas y fundamentadas, pero con la suficiente flexibilidad para alojar los intereses de cada uno de los participantes.

La elección del tema de este trabajo tuvo su origen en el interés por parte de la practicante en el tratamiento que propone el psicoanálisis para las psicosis, vía el síntoma y cómo este mismo es vehiculizado por la institución.

Partiendo de una concepción medica de síntoma como una disfunción que obstaculiza el lazo social y que es a través de su manifestación que podemos conocer sobre la existencia de una enfermedad, se realizó un recorrido por las primeras nociones de síntoma para el psicoanálisis con Freud, quien lo pensaba como el retorno de lo reprimido y que era a partir de la interpretación y de darle un sentido que podía extinguirse. En los tiempos de Freud, el psicoanálisis era una práctica eficaz siempre y cuando el paciente manifestara síntomas de orden neurótico, la psicosis hasta ese momento del desarrollo psicoanalítico no podía abordarse bajo el método propuesto por Freud. Luego Lacan, proporciona otra perspectiva, ingresando al psicoanálisis en 1932 con su tesis doctoral “De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad” y posteriormente con su seminario III “Las psicosis” a partir del cual comienza su estudio y desarrollo epistémico de las psicosis para el psicoanálisis, proponiendo una torsión del método que permitió el tratamiento de las mismas. Culminando en el año 1975 sus estudios sobre las psicosis con el seminario XXIII,

titulado “*El sinthome*”, en el que a partir del análisis del caso de James Joice y su obra desarrolla una nueva propuesta para pensar la clínica.

Se continuó el recorrido por las conceptualizaciones de dispositivos intermedios, específicamente sobre el centro de día, impulsados por la nueva ley de salud mental Nro 26.657 y se indago acerca de la aplicación del psicoanálisis en las instituciones.

En resumen, se asignó como el objetivo general que orienta esta elaboración a: describir el abordaje del síntoma en un centro de día orientado por el psicoanálisis lacaniano. Para su consecución se establecieron como objetivos particulares; situar el tratamiento del síntoma psicótico para el psicoanálisis de orientación lacaniana; caracterizar el dispositivo de centro de día; describir el psicoanálisis aplicado a la institución; y por último articular los términos descritos anteriormente con la descripción de un caso clínico.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Para dar inicio al desarrollo teórico de la temática del presente trabajo, es preciso exponer los aspectos más importantes de la teoría psicoanalítica y más específicamente sobre aquellos aspectos que caracterizan el síntoma, precisiones sobre la psicosis, su curso y estabilización.

Por otra parte, respondiendo a los objetivos planteados para este trabajo se describe el dispositivo de centro de día, sus aspectos normativos y su funcionamiento para el tratamiento de pacientes que presentan síntomas compatibles con psicosis.

Este desarrollo teórico se funda en la teoría psicoanalítica lacaniana, ya que puede considerarse como una de las mayores referencias en torno al tratamiento de las psicosis. Como así también es la línea teórica por la que la institución objeto de este trabajo orienta su práctica.

1. Psicoanálisis

El psicoanálisis es una línea teórica, un método de investigación y una forma de tratamiento terapéutico desarrollada por Sigmund Freud a finales del siglo XIX y principios del XX.

A partir del estudio de pacientes histéricas, Freud se interesó por la naturaleza de sus síntomas, al no encontrar un correlato biológico que dé cuenta de sus aflicciones. Esto lo llevó a experimentar con diversas técnicas, como la hipnosis y la sugestión, hasta finalmente implementar la asociación libre, que se convirtió en el método fundamental del psicoanálisis. A través de estas técnicas, buscaba comprender el origen de los síntomas y, vía la interpretación, proponer un tratamiento posible.

La remisión de los síntomas mediante el tratamiento por la palabra llevó a Freud a formular sus primeros supuestos teóricos, los cuales resultaban controversiales para la época. Planteó que la vida psíquica está gobernada por fuerzas inconscientes y descubrió que muchos de estos conflictos inconscientes tienen su origen en la infancia, una etapa dotada de sexualidad.

El desarrollo del psicoanálisis pasó por diversas etapas. En sus inicios, Freud elaboró la teoría del aparato psíquico, estructurado en tres niveles: consciente, preconsciente e inconsciente. Posteriormente, reformuló esta estructura en el modelo ello, yo y superyó, donde el ello representa

los impulsos instintivos, el yo actúa como mediador con la realidad y el superyó encarna las normas morales.

A lo largo del siglo XX, el psicoanálisis se expandió y dio origen a distintas corrientes y enfoques. Entre los principales exponentes del movimiento psicoanalítico se encuentran Alfred Adler, creador de la psicología individual; y Jacques Lacan, quien reinterpreto la obra de Freud a partir del lenguaje y la filosofía estructuralista.

2. Psicoanálisis de Orientación lacaniana

Jacques Lacan, psiquiatra francés que tuvo un encuentro con el psicoanálisis de Freud a partir de su estudio de la paranoia a inicios de 1900. Propuso una lectura de su obra a partir de la lingüística estructural, la lógica, la topología y otras disciplinas. Esta orientación enfatiza el papel del lenguaje en la constitución del sujeto y en el funcionamiento del inconsciente, estableciendo una nueva brújula para la clínica.

El psicoanálisis lacaniano no apunta a la felicidad del sujeto, ya que para Lacan el sujeto siempre es feliz, gozando con su síntoma. En cambio se rige por una ética y una política, que es la del síntoma. La ética del psicoanálisis lacaniano lo distingue de otras corrientes psicológicas y psicoanalíticas, ya que no se orienta por estándares sino por principios.

En el Seminario VII: "La ética del psicoanálisis" (1959-1960), Lacan plantea que el psicoanálisis no se rige por una ética normativa o moralista, sino por una ética del deseo. Esta ética no se basa en el bienestar o la moral, sino en el deseo inconsciente y la responsabilidad subjetiva. Por lo tanto, no busca la erradicación del síntoma, sino que se trabaja hasta que el sujeto pueda hacer algo con él. No tiene como objetivo "curar" en un sentido médico o adaptar al sujeto a un estándar social. Lacan dice: "Si hay algo a lo que el análisis no conduce, es a la identificación con un ideal" (Lacan, 1960). Esto apunta a que la posición del analista tiene como principio no ser un amo ni un Otro al que el sujeto deba identificarse, por el contrario, se ubica en el lugar de objeto, promoviendo que el analizante tome la palabra, se escuche y construya su propia relación con su síntoma y con su fantasma.

3. Estructura

Lacan retoma el estructuralismo lingüístico y lo articula con la teoría freudiana, proponiendo que el sujeto del inconsciente está determinado por una red de significantes que organizan su realidad psíquica. Esta perspectiva estructuralista es clave en su primera enseñanza y atraviesa toda su obra, aunque en su última enseñanza, introduce modificaciones que complejizan su noción inicial.

3.1. Primera enseñanza de Lacan.

En sus primeras formulaciones, Lacan sostiene que el inconsciente está "estructurado como un lenguaje" (Lacan, 1953). Esta afirmación, inspirada en Saussure y Jakobson, implica que los procesos psíquicos inconscientes obedecen a las leyes del significante, organizándose a partir de la metáfora y la metonimia. Desde esta perspectiva, la estructura psíquica se define en función de la relación del sujeto con el lenguaje y el orden simbólico.

Bajo esta lógica, Lacan reformula la nosografía freudiana y propone que las estructuras clínicas (neurosis, psicosis y perversión) no se entienden como "enfermedades" sino como modos diferenciados de inscripción del sujeto en el campo del lenguaje.

Es en este contexto que se introduce la noción de forclusión como mecanismo estructural de la psicosis, en contraste con la represión neurótica. La forclusión del Nombre-del-Padre implica la no inscripción de un significante primordial en el orden simbólico, lo que genera una falla estructural que se manifestará en fenómenos como el delirio y la alucinación.

3.2. Última enseñanza de Lacan y reconfiguración de la estructura.

Aquí se introduce una perspectiva dinámica y borromea. En el Seminario 23: "El sinthome" (1975-76), reformula su teoría de la estructura a partir del nudo borromeo, donde los tres registros (Real, Simbólico e Imaginario) no están determinados exclusivamente por el lenguaje, sino por un anudamiento singular que varía en cada sujeto.

Mientras que antes el síntoma era una formación del inconsciente que podía ser descifrada en términos de la cadena significativa, en la última enseñanza el sinthome se presenta como un modo singular de anudar el goce y sostener la subjetividad.

Esto tiene implicaciones clínicas importantes en el abordaje de la psicosis, ya que permite pensar no solo la falta estructural de la forclusión, sino también las posibles suplencias que un sujeto puede encontrar para sostenerse en su existencia.

4. Síntoma

Es un término que comúnmente está relacionado a la práctica médica, para nombrar aquello que un sujeto percibe como alterado y que podría indicar la presencia de una enfermedad.

El concepto de síntoma ha ocupado un lugar central en la teoría y clínica psicoanalítica. En Freud, el síntoma es entendido como una formación del inconsciente que surge a partir del conflicto psíquico entre las fuerzas del ello, el yo y el superyó. En su obra *La interpretación de los sueños* (1900) y *El malestar en la cultura* (1930), Freud plantea que el síntoma es una manifestación del retorno de lo reprimido y una solución de compromiso entre el deseo inconsciente y la defensa yoica. En *El yo y el ello* dice: "El síntoma, como retorno de lo reprimido, es al mismo tiempo la expresión de un deseo inconsciente y el resultado de la defensa contra él." (Freud, 1923)

Su abordaje clínico implica la interpretación, en la medida en que el síntoma puede ser descifrado para revelar su sentido latente.

Lacan retoma la concepción freudiana del síntoma, pero la formula desde su lectura estructuralista y luego, en su última enseñanza, desde una perspectiva más realista. En su primera enseñanza, el síntoma es concebido como una formación del inconsciente estructurado como un lenguaje. Se inscribe en la cadena significante y, a través de la interpretación analítica, puede ser descifrado para permitir el acceso a su verdad inconsciente.

El síntoma, en el psicoanálisis, se concibe como una formación de compromiso o una formación sustitutiva, resultado del conflicto entre mociones psíquicas. Desde esta perspectiva, Lacan lo asocia a la metáfora dentro del campo lingüístico, entendida como la sustitución de un significante por otro. Como él mismo señala: "Siendo el síntoma una metáfora y si el síntoma es una metáfora, no es una metáfora decirlo" (Lacan, 1957). Esta formulación subraya que el síntoma opera siguiendo la lógica del lenguaje, lo que fundamenta su tratamiento a través de la interpretación analítica. En esta misma línea, Lacan sostiene que "el síntoma se resuelve

enteramente en un análisis del lenguaje, porque el síntoma, como el inconsciente, está en sí mismo estructurado como un lenguaje” (Lacan, 1953).

Evans dirá en su Diccionario introductorio de Psicoanálisis lacaniano que “a pesar de su aparente semejanza todos los síntomas son singulares. Mientras que un médico puede llegar a un diagnóstico a partir de los síntomas que presenta el paciente, un analista lacaniano no puede determinar si un paciente neurótico es obsesivo o histérico basándose exclusivamente en sus síntomas” (Evans, 2007) a partir de lo cual se puede destacar la importancia que le otorga el psicoanálisis tanto a la estructura como a la singularidad del síntoma de cada sujeto.

En este punto de su enseñanza, Lacan concibe el síntoma como significación, es decir, como una forma que toma la verdad. Esta verdad está ligada al deseo, pues lo evoca sin representarlo directamente. Sin embargo, la verdad del deseo no se muestra de manera transparente, sino que se presenta bajo una máscara, la máscara del síntoma. Como señala Lacan:

“El síntoma es por lo tanto algo que va en el sentido del reconocimiento del deseo, pero ese síntoma en tanto que él está ahí para hacer reconocer el deseo, no se manifiesta sino por la creación de lo que nosotros llamamos la máscara, es decir, algo cerrado; y nadie, hasta el momento en que Freud comienza a aprender la clave, puede leerlo” (Lacan, 1958).

En su última enseñanza, Lacan entiende el fin del análisis ya no en términos del atravesamiento del fantasma, sino como una identificación al síntoma, lo que supone un cambio de perspectiva: del descubrimiento al acto de invención, mediante el cual el sujeto puede “hacerse un nombre”. Esta noción introduce la dimensión del *sinthome*, que cumple la función de anudar los registros real, simbólico e imaginario.

Mientras que en la neurosis los registros están enlazados y el análisis puede operar un reajuste en su articulación, en la psicosis se trata de posibilitar un anudamiento que sostenga la subjetividad. Siguiendo la lógica de la banda de Möbius, Lacan plantea que su enseñanza no descarta la dimensión estructural, sino que la reconfigura en términos de una topología más compleja, donde el síntoma, y en última instancia el *sinthome*, juega un papel central en la estabilización del sujeto.

A partir de esta reformulación del síntoma en su última enseñanza, Lacan introduce una perspectiva en la que el síntoma deja de ser solo una formación del inconsciente interpretable en términos de la metáfora, para pasar a ser entendido en su dimensión más singular: como un modo de goce.

Esta formulación del síntoma implica un desplazamiento respecto de su concepción clásica. Ya no se trata únicamente de descifrar un mensaje oculto en el síntoma para acceder a una verdad reprimida, sino de considerar el síntoma como un modo singular de anudamiento del sujeto con su goce. En este punto, el síntoma no es solo algo a interpretar, sino algo a saber hacer con él, una orientación que toma especial relevancia en el tratamiento de la psicosis.

En la clínica orientada por el psicoanálisis lacaniano, esto implica que en lugar de buscar la cura del síntoma mediante su interpretación, se trata de acompañar al sujeto en la invención de una solución sintomática propia, que le permita sostenerse en su relación con el goce y el lazo social. En la psicosis, donde el anudamiento estructural presenta fallas, la dirección de la cura se orienta no a una restitución simbólica imposible, sino a la posibilidad de construir un *sinthome* que opere como un soporte subjetivo, permitiendo una estabilización singular más allá de la lógica edípica.

Así, la enseñanza de Lacan abre una nueva perspectiva en la clínica del síntoma psicótico, donde el trabajo analítico no se centra en la falta de un significante, sino en la posibilidad de un anudamiento inédito, que haga viable la existencia del sujeto dentro de su propia lógica de goce.

4.1-Síntoma y estructura

Lacan sitúa el síntoma en el corazón mismo de la estructura del sujeto. En este sentido, el síntoma no es simplemente un fenómeno patológico que pueda eliminarse sin consecuencias, sino que cumple una función estructural en la economía psíquica de cada sujeto.

Tal como lo plantea Graciela Brodsky “Lo que enseña Lacan es que la estructura se encuentra tan en la superficie como los síntomas mismos, y es la estructura lo que constituye la praxis del psicoanálisis y no sus síntomas, en el sentido en que el fin de análisis se concibe en términos estructurales del síntoma singular, y no como curación de los síntomas” (Brodsky, 2014).

4.2- Síntoma y estructura en la psicosis

En el caso de la psicosis, la estructura misma presenta una falla en el anudamiento de los registros, lo que conlleva un modo diferente de funcionamiento subjetivo. La orientación del

análisis se dirige a posibilitar la construcción de un anudamiento que establezca la estructura del sujeto.

4.2.a- El síntoma: entre sentido y goce

A esta altura de la obra de Lacan se destaca la función estructurante del síntoma. En esta perspectiva, el síntoma ya no es solo un mensaje cifrado que puede ser descifrado a través de la interpretación, sino aquello que anuda los tres registros de manera singular en cada sujeto. Así, el síntoma deja de ser un simple retorno de lo reprimido para volverse un modo de sostener la estructura subjetiva, especialmente en los casos en que el anudamiento no está garantizado de manera estable.

Este cambio en la concepción del síntoma implica reconocer su doble vertiente, lo que Lacan formula a partir de la figura de Jano, el dios de las dos caras. Por un lado, el síntoma se presenta como lo descifrado, es decir, como un mensaje portador de sentido, que puede ser leído en términos del inconsciente estructurado como un lenguaje. En este nivel, el síntoma tiene una dimensión fálica, pues responde a la lógica del brillo fálico, es decir la claridad que aporta el sentido, aquello que en el discurso analítico se intenta interpretar.

Sin embargo, por otro lado, el síntoma posee una dimensión opaca, una cara asemántica, donde lo que está en juego es el goce más allá del sentido.

4.2.b- El síntoma como defensa y como arreglo

La función del síntoma frente a lo real puede pensarse en sus dos vertientes, el síntoma como defensa, donde opera como una barrera frente a lo real del goce, organizando una respuesta simbólica que permite inscribirlo dentro de un marco de sentido. Y por otro lado, el síntoma como arreglo, donde no solo defiende del goce sino que lo anuda de manera singular, posibilitando una solución subjetiva que estabiliza al sujeto.

Desde esta perspectiva, el síntoma en su función de arreglo estructurante se vuelve clave en la clínica psicoanalítica, especialmente en el abordaje del síntoma psicótico. En una institución orientada por el psicoanálisis lacaniano, el tratamiento no apunta a eliminar el síntoma, sino

a acompañar al sujeto en el hallazgo de un anudamiento singular que le permita sostenerse en su propia lógica de goce.

Hasta este punto Lacan propone pensar al síntoma más allá del paradigma interpretativo clásico, incorporando su dimensión de goce y su función estructurante. Su doble cara, como significativo interpretable y como real opaco, implica que el trabajo analítico no puede reducirse a la elucidación de un mensaje inconsciente, sino que debe considerar el síntoma en su función de suplencia y anudamiento. Esto tiene implicaciones cruciales en la clínica de la psicosis, donde el síntoma puede operar no como algo a erradicar, sino como una invención que permite la estabilización subjetiva.

En este sentido, la orientación lacaniana apuesta no por la desaparición del síntoma, sino por la posibilidad de un saber hacer con él, en la medida en que es en el síntoma donde el sujeto encuentra su modo singular de habitar el lenguaje y el goce.

5- El síntoma en la psicosis: los fenómenos elementales como el equivalente del síntoma en la neurosis

En la clínica estructural propuesta por Lacan, el síntoma no tiene el mismo estatuto en la neurosis y en la psicosis. Mientras que en la neurosis el síntoma es una formación del inconsciente, susceptible de interpretación, en la psicosis encontramos fenómenos elementales que no cumplen la misma función de sustitución y metaforización que en la neurosis. Estos fenómenos elementales, descritos por Lacan en su Seminario III: Las psicosis (1955-56), pueden considerarse el equivalente del síntoma neurótico en la estructura psicótica, pero con una lógica distinta.

En la neurosis, el síntoma es una formación de compromiso funcionando bajo la lógica de la metáfora. Lacan plantea que el síntoma neurótico puede ser leído como una metáfora significativa.

En la psicosis, en cambio, no encontramos esta lógica metafórica. Lo que aparece en su lugar son fenómenos elementales, tales como: voces que comentan o insultan al sujeto; ecos del pensamiento (pensamientos percibidos como ajenos o repetidos automáticamente); fenómenos de influencia corporal (sensación de ser controlado por una fuerza externa).

Lacan, en este sentido afirma: "El fenómeno elemental no tiene carácter metafórico, sino que se presenta como un retorno en lo real de algo que no ha sido simbolizado" (Lacan, 1955-56, p. 211).

Dado que en la psicosis no hay un significante que organice el universo simbólico del sujeto, lo reprimido no retorna en lo simbólico (como en la neurosis), sino directamente en lo real, bajo la forma de voces, pensamientos impuestos o alucinaciones.

Jacques-Alain Miller, en su lectura de la última enseñanza de Lacan, retoma esta diferencia y la reformula en términos de goce. Plantea que en la neurosis el síntoma está ligado a la represión y la significación del goce, mientras que en la psicosis lo que aparece es un goce sin mediación simbólica, que irrumpe en lo real. Según Miller: "El síntoma solo puede definirse como el modo en que cada sujeto goza del inconsciente, en la medida en que el inconsciente lo determina" (Miller, 1983-1984, p. 217).

Desde esta óptica, el tratamiento de la psicosis no debe orientarse a interpretar los fenómenos elementales en busca de un sentido oculto, sino a permitir al sujeto encontrar un anudamiento que establezca su relación con el goce.

6. La estructura clínica de las psicosis: perspectivas discontinuista y continuista en el psicoanálisis lacaniano

A partir de una perspectiva estructuralista clásica, Lacan sostiene que el campo de la clínica psicoanalítica está organizado en tres grandes estructuras clínicas: neurosis, psicosis y perversión. Cada una de ellas se distingue por un mecanismo específico que determina el modo en que el sujeto se relaciona con el lenguaje y el Otro.

El desarrollo de la teoría de la psicosis en Lacan sigue un recorrido desde una perspectiva psiquiátrica inicial, con la influencia de Clerambault, hasta una concepción estructural y significativa. La forclusión del Nombre-del-Padre es el concepto clave en su explicación de la psicosis. Más adelante, su trabajo con Joyce le permite pensar en nuevas formas de suplencia que pueden operar como estabilización para ciertos sujetos.

El debate sobre la estructura clínica de las psicosis en el psicoanálisis lacaniano ha dado lugar a dos enfoques diferenciados: una perspectiva discontinuista, que sostiene la existencia de estructuras clínicas diferenciadas y definidas, y una perspectiva continuista, que enfatiza la variabilidad y las soluciones subjetivas más allá de una clasificación rígida. Ambas posturas tienen implicancias clínicas fundamentales en el abordaje del síntoma psicótico y en la orientación del tratamiento dentro de una institución psicoanalítica.

6.1. Perspectiva discontinuista: la psicosis como estructura diferenciada

Para explicar la psicosis, Lacan introduce el concepto de forclusión del Nombre-del-Padre en su texto “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis” (1958). A diferencia de la neurosis, donde opera la represión, en la psicosis el significante primordial que ordena el campo simbólico no ha sido inscrito en el inconsciente del sujeto. Esta falta estructural genera una falla en la simbolización que puede manifestarse en fenómenos como el delirio y la alucinación.

Desde esta perspectiva, la estructura psicótica es claramente diferenciable de la neurosis y no hay posibilidad de tránsito de una a otra. La discontinuidad entre ambas responde a una lógica binaria: o el Nombre-del-Padre está inscrito, lo que sucede en la neurosis; o está forcluido, en el caso de las psicosis.

6.2. Perspectiva continuista: más allá del binarismo estructural

Lacan introduce un cambio en su modo de concebir la estructura, alejándose de un modelo rígido y diferencialista. A partir de la teoría de los nudos, la clínica deja de organizarse en estructuras cerradas y pasa a pensarse en términos de modalidades singulares de anudamiento entre los registros real, simbólico e imaginario.

En esta lógica, la psicosis ya no es comprendida exclusivamente en términos de una falta estructural, sino en función de las posibles suplencias que el sujeto puede encontrar para estabilizar su relación con el goce. Esto se observa en el caso de James Joyce, estudiado en el Seminario 23: El sinthome (1975-76), donde Lacan plantea que la escritura operó como un recurso suplementario

que permitió a Joyce mantener una cierta estabilidad, sin necesidad de la inscripción del Nombre-del-Padre.

Desde esta perspectiva, la clínica se orienta menos a la clasificación y más a la singularidad de cada sujeto. En lugar de hablar de una psicosis estructuralmente determinada, se considera la existencia de formas diversas de anudamiento, lo que permite pensar que no todas las psicosis se manifiestan en fenómenos desencadenados como el delirio o la alucinación.

Con la teoría de los nudos se excluye la noción de simbolización como orientación en la dirección de la cura para las psicosis, ahora lo simbólico se presenta como una serie de S1, significantes amo, que no están articulados entre sí.

La clínica de las psicosis nos introducen en la exploración de diversas modalidades de irrupción e imposición del S1 solo, en lo real, encarnando un goce sin ninguna referencia al sentido.

Por su parte, lo real del goce en la psicosis se explica por las respuestas que el sujeto construye frente a la irrupción de un goce sin regulación.

7. Estabilizaciones en la psicosis

Más allá de la diferencia entre déficit estructural y nuevos modos de anudamiento, la estabilización en las psicosis puede pensarse en términos de procesos clínicos, donde el sujeto, en su singularidad, encuentra estrategias para mantener un cierto equilibrio frente al impacto de lo real. En este sentido, no solo importa la posibilidad de un anudamiento, sino también los modos en que el psicoanálisis puede intervenir para facilitar la estabilización sin forzar una normalización.

7.1- El papel de la transferencia en la estabilización

Uno de los aspectos clave en la clínica de la psicosis es el manejo de la transferencia. A diferencia de la neurosis, donde la transferencia suele implicar la repetición de un significante amo que estructura la demanda, en la psicosis la relación con el Otro es más frágil o puede estar profundamente perturbada. Eric Laurent (2007) señala que:

“El problema en la psicosis no es tanto la transferencia en sí misma, sino la posibilidad de que el sujeto pueda situar una referencia estable en relación con el Otro sin que ello lo desestabilice aún más” (p. 68).

En este sentido, el analista no se posiciona como un Sujeto-supuesto-Saber, sino que puede operar como un punto de anclaje en el discurso del sujeto, ofreciendo un espacio donde se regulen los efectos de goce y permitiendo que la estabilización subjetiva se sostenga en el tiempo.

7.2- El lugar del delirio en la estabilización

En algunos casos, el delirio puede cumplir una función estabilizadora. Mientras que Freud lo consideraba como un intento de curación tras el desencadenamiento psicótico (Neurosis y psicosis, 1924), Lacan retoma esta idea en el seminario 3 (1955-1956) al señalar que el delirio no es meramente un desorden del pensamiento, sino una reconstrucción subjetiva de la realidad simbólica. “¿A fin de cuentas, qué dice el sujeto, sobre todo en cierto período de su delirio? Que hay significación. Cuál, no sabe, pero ocupa el primer plano, se impone, y para él es perfectamente comprensible” (Lacan, 2009, pag. 36)

Tal como señala Esthela Solano-Suárez (2023) “Al significante enigmático del fenómeno elemental que Jacques- Alain Miller designa como S_1 , el significante solo, el delirio aporta otro significante, el significante del saber, (S_2), que da un sentido al primer significante, S_1 . El delirio permite construir lo que Lacan llama una metáfora delirante que introduce una estabilización en la relación del significante y el significado”

Desde esta perspectiva, un delirio que no conduzca al aislamiento extremo o a la desorganización puede permitir una cierta estabilización, funcionando como una construcción simbólica que le da un lugar al sujeto en el mundo.

Como lo explica Esthela Solano-Suárez (2023) “El delirio permite construir lo que Lacan llama una metáfora delirante que introduce una estabilización en la relación del significante y el significado. La interpretación delirante da sentido a los fenómenos elementales enigmáticos, a los fenómenos que permanecen fuera de sentido. El delirio es una invención de saber, la fabricación de otro significante, S_2 , que abre hacia la interpretación de lo que quiere decir S_1 ”.

7.3- El cuerpo y la estabilización

El cuerpo puede aparecer como algo fragmentado o invadido por fenómenos alucinatorios, algunas formas de estabilización se juegan en la materialidad corporal. Laurent (2012) menciona

que: "Algunos sujetos psicóticos encuentran en el cuerpo un punto de fijación que les permite regular su relación con el goce" (p. 115).

7.4- Institución como marco de estabilización

Laurent (2007) señala que: "En la psicosis, más que una cura en el sentido tradicional, se trata de construir condiciones donde el sujeto pueda sostenerse con los recursos que tiene a su disposición" (p. 76).

Esto implica que la clínica de la psicosis no es una clínica de la cura, sino una clínica de la invención, donde cada sujeto puede encontrar formas singulares de estabilización.

7.5-Analista sinthome

El concepto de analista sinthome surge en la última enseñanza de Lacan como una reformulación de la posición del analista en el final del análisis. Mientras que en su primera enseñanza la función del analista estaba ligada a la interpretación y al desciframiento del inconsciente estructurado como un lenguaje, en su última enseñanza Lacan introduce la idea de que el analista encarna un modo singular de anudamiento del goce.

En la enseñanza clásica de Lacan, el final del análisis se conceptualizaba en términos del atravesamiento del fantasma, es decir, del desmontaje de la estructura fantasmática que sostenía el goce del sujeto. Sin embargo, en su última enseñanza, este modelo es reformulado: "Ya no se trata de la disolución de la estructura significante del síntoma, sino de la identificación del sujeto a su sinthome" (Lacan, 1975-1976, p. 130).

El sinthome, entendido como una solución singular al goce que cada sujeto encuentra para sostenerse en la vida, se convierte en el punto central del fin de análisis. La identificación al sinthome implica asumir la propia manera de gozar sin pretender reducirla o eliminarla.

El analista ya no es quien opera sobre el sentido del síntoma, sino quien encarna una presencia que permite sostener el lazo analítico más allá de la significación. En este sentido, Jacques-Alain Miller (2005) señala que: "El analista se vuelve sinthome en la medida en que no encarna un ideal, sino que se ofrece como un modo singular de presencia que permite al analizante encontrar su propio modo de anudamiento" (p. 214).

El analista sinthome, por su posición en la transferencia, opera como un punto de fijación que ayuda al sujeto a encontrar una estabilización propia. Eric Laurent (2016): “El analista sinthome es aquel que, al final del análisis, deja de ser el garante de una verdad oculta y se convierte en una presencia que sostiene el modo singular de goce del sujeto” (p. 87).

8-Psicoanálisis en las instituciones

Siguiendo a Miller en psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia “Señalo que la diferencia que he recordado entre psicoanálisis puro y psicoanálisis aplicado ha sido establecida para incidir sobre la diferencia entre los dos y la psicoterapia. Mi recuerdo tenía efectivamente como objetivo exigir mucho al psicoanálisis aplicado a la terapéutica, es decir, exigirle que sea psicoanálisis, que no deje de serlo bajo el pretexto de la terapéutica y que no se deje arrastrar a franquear ese límite, esa diferencia” (Miller,1989). Se destaca la posibilidad de un psicoanálisis aplicado a lo institucional diferente de la terapéutica y sin encontrarse situado bajo los parámetros del psicoanálisis puro.

En la modalidad de abordaje institucional la diversidad de edades, presentaciones sintomáticas y dispositivos institucionales demanda una práctica que no se base en la aplicación rígida de un modelo único. Más bien, se trata de una orientación clínica que toma como referencia lo singular del síntoma en cada sujeto, evitando la generalización de un procedimiento estandarizado.

Desde esta perspectiva, el tratamiento en una institución de orientación lacaniana no se organiza a partir de un protocolo fijo ni de normas aplicadas de manera uniforme, sino que se sostiene en una política del síntoma, donde la dirección de la cura se construye caso por caso. En este sentido, Jacques-Alain Miller (2011) plantea que: “No se trata de una clínica de la clasificación y del diagnóstico diferencial, sino de una clínica del uno por uno, donde el síntoma no es algo a eliminar, sino aquello que orienta la singularidad del tratamiento” (p. 45). Continúa Jacques-Alain Miller en Los signos del goce (1998): “Lo real no se puede inscribir en una norma universal. De ahí que en la clínica psicoanalítica el síntoma no es simplemente un error que hay que corregir, sino la manera en que cada uno responde a lo imposible de decir” (p. 56).

El diagnóstico de psicosis no determina un procedimiento preestablecido, sino que implica una lectura particular de la solución subjetiva que cada paciente encuentra para hacer lazo social.

Como subraya Eric Laurent (2016), en la clínica de la psicosis: “No hay un modelo universal de estabilización, sino una invención singular que cada sujeto construye en su relación con el goce y el Otro” (p. 92).

En este marco, la institución no impone una "normativización" del sujeto psicótico, sino que acompaña el modo en que cada uno produce un anudamiento posible, compatible con el lazo social. De esta manera, la práctica institucional psicoanalítica se distancia de enfoques que buscan la adaptación del paciente a un ideal de normalidad y, en su lugar, se orienta hacia la invención de soluciones singulares, que permiten al sujeto sostener su lugar en el mundo sin negar su estructura.

9- Centro de día

El Centro de Día es una modalidad prestacional destinada a brindar atención integral a personas con discapacidad que requieren apoyos significativos en sus actividades diarias. Según la Resolución N° 1328/2006 del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, que aprueba el "Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad", estos centros ofrecen un espacio de contención y desarrollo para individuos que, por sus características, no pueden integrarse en ámbitos educativos o laborales comunes.

Se caracteriza por ofrecer una atención integral ya que proporciona servicios que abarcan aspectos terapéuticos, educativos y recreativos, adaptados a las necesidades específicas de cada persona. También un equipo interdisciplinario, que se compone de profesionales de diversas disciplinas, como psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, personal de enfermería, entre otros, que trabajan en conjunto para elaborar y ejecutar planes de atención personalizados.

Los principales objetivos del centro de día están orientados a promover la autonomía, fomentando el desarrollo de habilidades que permitan a las personas usuarias de este dispositivo desenvolverse de la manera más independiente posible en su vida cotidiana. También atender la inclusión social, facilitando la participación activa en la comunidad, promoviendo la integración y el sentido de pertenencia. En términos generales mejorar de la calidad de vida, brindar herramientas y apoyos que contribuyan al bienestar físico, emocional y social de los concurrentes.

El dispositivo de centro de día puede alojar a todas aquellas personas que presenten limitaciones severas en su autonomía y que por ende tengan un acceso restringido o limitado en otros servicios educativos o laborales. Destacando que la admisión se basa en una evaluación interdisciplinaria que determina la pertinencia del ingreso al centro.

El Centro de Día, según lo establecido en la Resolución N° 1328/2006, se configura como un dispositivo esencial entre los servicios para las personas con discapacidad, ofreciendo una respuesta integral que abarca aspectos terapéuticos, educativos y sociales, en estrecha vinculación con el ámbito de la salud mental. Al ofrecer un entorno estructurado y seguro, contribuyen a la estabilización emocional y al desarrollo de habilidades sociales. Es un entorno favorecedor para la detección temprana de descompensaciones, la continuidad de tratamientos y la implementación de estrategias de intervención adecuadas.

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

La experiencia práctica se llevó a cabo en un centro de día, ubicado en la capital de la provincia de San Juan. En un periodo que abarcó los meses de diciembre a abril de 2022 y 2023. La practicante asistió de lunes a jueves a las actividades que se propusieron tanto de mañana como de tarde en la institución, en el horario de 9.00 a 12.00hs y de 14.00 a 17.00hs respectivamente. También participó de entrevistas de admisión, reuniones formativas, como así también, de actividades propuestas fuera del establecimiento institucional, que fueron de carácter clínico-recreativo, completando el requerimiento de un total de 150 horas de asistencia.

La producción de este trabajo estuvo bajo la orientación de la profesora Lic. Paula Brozina, quien acompañó las lecturas y la escritura como tutora académica. La tutora de campo, Lic. Eugenia Patiño, aportó datos clínicos, orientación respecto de la práctica y la posición del analista dentro de la institución.

El problema general que interpeló a la practicante y motivó la elaboración de este trabajo es la pregunta sobre cuáles son las características del abordaje del síntoma psicótico en un centro de día orientado por el psicoanálisis lacaniano. A partir de esto es que se plantea un abordaje del síntoma donde la institución sirve como estabilizadora.

Partiendo de dicho interrogante se planteó como objetivo general describir el abordaje del síntoma psicótico en un centro de día orientado por el psicoanálisis lacaniano. Y se propusieron como objetivos particulares situar el tratamiento del síntoma psicótico para el psicoanálisis, caracterizar el dispositivo del centro de día, describir el psicoanálisis aplicado a la institución y articular los términos teóricos descritos anteriormente con un caso clínico.

La línea teórica que acompañó la investigación es la teoría psicoanalítica, específicamente de orientación lacaniana, a partir de la cual la institución elabora sus propuestas terapéuticas y formativas. Es importante mencionar que dicha teoría capturó el interés de la practicante por sus principios, su ética y sus fundamentos epistémicos.

En función de la problemática y los objetivos planteados se realizaron lecturas tendientes a profundizar en los conocimientos en torno a estos conceptos.

1- Fases del proceso de la práctica.

Para producir de este informe, se llevó a cabo un proceso dividido en las siguientes fases:

1.1- Fase de acercamiento a la institución

Luego de una reunión informativa convocada por la universidad, donde se establecieron las bases para la realización de esta práctica, la practicante se puso en contacto con uno de los directores de la institución solicitando una reunión que se llevó a cabo de manera virtual y en la que participaron uno de los directores terapéuticos y la responsable del área de capacitación y docencia. Los temas sobre los que se conversaron fueron, la presentación de la practicante, el trabajo a realizar, el interés por el funcionamiento de la institución y por las psicosis.

Los representantes de la institución habilitaron el ingreso de la practicante a los espacios grupales y establecieron que éste sería paulatino y cuando los coordinadores de cada taller lo consideraran oportuno. Se conversó acerca de la orientación teórica con la que trabajan y los aspectos más importantes sobre los talleres y puntos a tener en cuenta acerca de la posición de la practicante al ingresar.

1.2- Fase de exploración

Al comienzo, la practicante asistió a una reunión en la institución con la Lic. Eugenia Patiño, quien fue designada como tutora de campo. En esta reunión se conversó acerca de los modos de trabajo, profesionales que componen el equipo terapéutico, las distintas instancias clínicas que forman la institución, sus talleres y la fundamentación de estos, espacios, horarios, lecturas propuestas por el equipo que dan cuenta del modo en que la institución busca funcionar. Y demás aspectos idiosincráticos del lugar.

Los primeros espacios habilitados para la inserción de la practicante fueron talleres en los que la posición que caracterizó esta instancia fue de observación. Se registraron los modos de interacción que se establecían entre participantes, con los coordinadores, las intervenciones realizadas por estos últimos, las actividades propuestas, las respuestas a contingencias que surgían, las formas de iniciar y terminar las actividades, entre otras.

Luego de cada actividad, se desplegaba entre los intervinientes, un breve intercambio respecto de lo acontecido en dicha actividad y se aportaban datos a tener en cuenta para futuras intervenciones. Este momento resulto muy enseñante ya que ofrecía la posibilidad de aclarar dudas en relación a lo grupal y conversar respecto de lecturas y orientación teórica.

1.3- Fase de descripción:

El centro de día Nodal, se ubica en la provincia de San Juan, con fundación en el año 2021, es un dispositivo intermedio que brinda abordajes ambulatorios e interdisciplinarios para adultos con patologías de orden mental, que no se encuentran bajo criterios de internación.

Ofrece diferentes alternativas de tratamiento, de acuerdo con la particularidad de cada caso, la institución se adecua a las necesidades de cada paciente. Consta de tres áreas que abarcan todo su funcionamiento. En primer lugar se encuentra el área de admisión, compuesta por psiquiatra, psicólogo y trabajador social, su principal objetivo es recibir las demandas de los pacientes y su familia y elaborar una propuesta a esa demanda; por otro lado el área clínica, compuesta por psicólogos, psiquiatra, acompañantes terapéuticos, quienes llevan a cabo la tarea de intervenir en los tratamientos y su seguimiento; y por último el área de capacitación y docencia que es la encargada de acompañar el recorrido de practicantes de diferentes carreras que realizan su acercamiento al ejercicio profesional en este dispositivo, como así también brindar espacios de conversación teórica entre los practicantes que en la institución intervienen.

Como ya se mencionó el equipo es interdisciplinario, contando con la orientación del equipo directivo, que además de ocuparse de lo referente a las políticas de abordaje, llevan a cabo la gestión administrativa.

Estos profesionales actúan en diferentes espacios y roles que la institución ofrece como son los talleres grupales, psicoterapia individual, entrevistas de admisión, reuniones con la familia, escuela o trabajo, reuniones de equipo, intervenciones domiciliarias y actividades extrainstitucionales.

Los talleres cuentan con una fundamentación, un encuadre que establece la frecuencia, los horarios, las duraciones, las temáticas y los contenidos de cada uno. Estos últimos además de ser diversos están en sintonía con los intereses y las propuestas de cada asistente del taller, se busca dar lugar a lo singular de cada quien, a su subjetividad y a las manifestaciones sintomáticas.

Ofreciendo un lugar de intercambio grupal donde se pone en juego el lazo social y los arreglos que se van construyendo en torno a este. Propiciando así uno de los objetivos del dispositivo del centro de día que es la inserción social.

Desde la institución se propuso la inserción de la practicante a los talleres de forma progresiva y con una posición que encarnaba la observación y, también progresivamente sutiles intervenciones.

1.4- Fase de planificación:

La posición inicial de observación aportó tanto un entendimiento de la dinámica particular de cada espacio por el que la practicante transitó, como modos de abordaje, trabajo en equipo, articulación teórica, lo que posibilitó el diseño de una intervención. Intervención que, además, fue un requerimiento por parte de la institución, que como parte activa del intercambio en el proceso de las PPS, requirió el armado de un proyecto donde confluya el resultado de la experiencia, la teoría propuesta y la lectura del rasgo institucional que se realizó hasta ese momento.

La intervención estuvo regida por los siguientes principios: que surja de los intereses de los participantes, que contribuya al lazo y a la inserción social y que ponga por delante los objetivos de los tratamientos y la estabilización de los asistentes.

A partir de los objetivos del presente trabajo, se planificó la observación de un caso. El proyecto solicitado por la institución, observaciones directas e intercambios en los talleres proporcionaron valiosos datos clínicos respecto de la sintomatología del paciente y el aspecto estabilizador que se le supuso, a modo de hipótesis, a la institución.

1.5- Fase de intervención:

La intervención se llevó a cabo mediante actividades propuestas y en el transcurso de su ejecución. Entre estas actividades se planteó a modo de proyecto y en el marco del taller de lectura y escritura, una salida extra-institucional al “Museo de la historia urbana” en el que se propuso explorar características e hitos importantes de provincia de San Juan. Tema que surgió a partir del interés de los participantes del taller. Se contó con la presencia de la tutora de campo y la coordinadora del taller. El objetivo general fue: realizar una actividad recreativa destinada a los

pacientes que participan del taller de lectura y escritura, pero también fue extensiva a todos los pacientes de la institución. Por otro lado, se buscó promover la participación comunitaria y fomentar el acercamiento social. Por último, propiciar la interacción entre los diferentes miembros de la institución.

Tanto esta actividad descrita, como otras en las que el sujeto del caso clínico participó aportaron valiosos datos para la construcción del caso, además de las interacciones que a partir de ellas se propiciaron. Además, se utilizó la observación directa y discretas entrevistas con formato de conversación que aportaron particularidades del caso.

1.6- Fase de análisis y elaboración:

Tanto el análisis y como la elaboración del material fueron de carácter cualitativo y se llevó a cabo a partir de la línea teórica que enmarca este trabajo. Las técnicas de recolección de información que se utilizaron fueron principalmente la observación no participante, la observación participante a partir de sutiles intervenciones y participación en actividades grupales. Se confeccionó un registro escrito con los aspectos relevantes y puntos a tener en cuenta en relación al funcionamiento del grupo.

Se realizaron entrevistas semidirigidas a profesionales del centro y a uno de sus directores. En relación a lo fenomenológico se tomaron en cuenta el comportamiento del sujeto, sus modos de interacción con compañeros y demás miembros de la institución y sus respuestas frente a las diferentes actividades del centro de día.

CAPITULO IV

RESULTADOS

A continuación, se presenta la descripción de un caso clínico seleccionado en relación con los objetivos destinados a la realización de este trabajo. Los datos que se presentan son modificados a fin de resguardar la identidad del paciente.

1- Datos iniciales de G y primeros acercamientos

Lo que aquí se expone es a partir de la presentación de los casos por parte de los psicólogos de la institución hacia la practicante, en relación a la historia clínica y al recorrido del paciente en la institución. También las observaciones y anotaciones de la practicante respecto del caso son fuente para la construcción de la presente exposición. Con la finalidad de ubicar datos iniciales.

G, de 32 años, ingresa a la institución a principios de 2022, incluyéndose en talleres grupales a lo largo de la semana (taller de noticias, expresivo, lectura y escritura y de producción creativa) y en el espacio individual de psicoterapia. A su vez cuenta con una valoración psiquiátrica periódica.

El diagnóstico de G es “esquizofrenia paranoide”, presentando síntomas desde temprana edad, sus padres señalan haber notado signos en su infancia; y teniendo desestabilizaciones psiquiátricas como antecedentes, aunque no llegando a una internación. Su última descompensación fue en torno a un robo de identidad.

En las entrevistas de admisión sus padres lo presentan como un “chico autista” que fue diagnosticado tempranamente por un reconocido médico de otra provincia. Explican que el diagnóstico fue Síndrome de Asperger, al que ellos parecen adherir. Refieren la presencia de síntomas sobre todo negativos, pasando mucho tiempo en casa con temor a salir.

El comportamiento de G siempre fue retraído, tendiente a aislarse, temeroso y el lazo con el otro siempre estuvo caracterizado por una gran desconfianza.

La demanda de sus padres en la entrevista de admisión fue que G necesita pasar tiempo con otros, esta mucho tiempo en casa, no sale ni se relaciona con nadie más que con su familia.

Como un acontecimiento significativo se puede ubicar un abuso que sufrió en la adolescencia. Alrededor de este hecho circulan ideas delirantes como por ejemplo que sale a la calle y todos saben lo que le paso. A raíz de esto ha tenido episodios de confrontación con vecinos, en los que los ha insultado.

Actualmente G vive solo con sus padres. No trabaja y nunca lo ha hecho. Con relación a sus estudios, concluyó la escuela secundaria y no se interesó por continuar estudiando. Refiere no estar interesado en eso y que sus problemas de salud no se lo permitieron.

En la institución el sujeto presenta adherencia al tratamiento, esto tiene que ver con la flexibilidad de los talleres, la dinámica grupal que ofrece un lugar seguro y la no imposición ni obligación a asistir ni realizar actividades. Dentro del centro de día se genera un espacio para todos, en el que cada quien puede incluirse a su manera.

Desde las entrevistas de admisión G plantea una desestimación a los posibles efectos del contexto grupal, la respuesta institucional fue una apuesta por el trabajo que podría desplegarse allí. Es por eso que se le propuso incluirse en una serie de talleres grupales y sesiones individuales cada semana. El recorrido de G por la institución comenzó de manera distante, la confrontación fue su modo de vincularse y no se interesaba por temas que no fueran los propuestos por él. En el grupo se pusieron a circular las temáticas que eran de su interés y de a poco comenzó a captar la dinámica.

En un segundo momento se interesó por el fútbol, por ejemplo, tema que no forma parte genuina de sus gustos y que surge a partir de otros participantes pero con el que comienza a hacer lazo. A partir de esto ya no rechaza lo que el otro trae.

2- Algunas observaciones en torno a G

Al momento de la inclusión de la practicante en la institución, G llevaba varios meses participando de las actividades. Los intervinientes le comentan a la practicante el recorrido que hasta el momento realiza G en los distintos espacios. Preocupación por que sus padres lleguen a tiempo a buscarlo; manifestación de dolores varios, sobre todo un dolor en su hombro izquierdo que muchas veces impedía la ejecución de cualquier actividad; no generaba conversación y se limitaba a responder lo que se le preguntaba, las respuestas eran con tono de confrontación, como si estuviese enojado y su estilo era la queja, estas eran algunas de las características de los primeros

encuentros con el paciente. La participación en los talleres era escasa o nula, siempre a través de la mediación de algún interviniente, quien le preguntaba de forma directa, por ejemplo si tenía una canción favorita que propusiera para escuchar entre todos, a lo que el paciente respondía en algunas oportunidades que no o solo hacia un gesto de negación con la cabeza. En otras ocasiones emitía respuestas como “hoy no quiero escuchar nada, me preocupa el dolor que tengo en el brazo”. Ante tales respuestas la orientación fue no interrogar sobre esas dolencias ya que a partir de estas se generaba un estado de queja en G del que le resultaba difícil salir.

La intervención de los talleristas para lograr un acercamiento y participación de G en los espacios grupales fue escuchar su manera singular de instalarse en cada taller, brindar un lugar seguro, sin exigencias, en el que pueda encontrar su modo de estar y responder a lo que el espacio propone, alojar su posición de queja y ante su propuesta de lazo confrontativa ofrecerle un espacio en el que la confrontación no surtiera efectos. En reiteradas ocasiones a la invitación a participar de las actividades, G, por ejemplo, respondía “estoy preocupado por si mi papá va a venir a horario a buscarme” o “vos crees que los ataques entre Rusia y Ucrania podrían llegar a Argentina?”. Sus preocupaciones fueron escuchadas y de manera sutil orientadas hacia otros temas, como por ejemplo: “y en qué te viene a buscar tu papá?” y luego, “Cuando venga a buscarte, que tienen planeado hacer?” ante su respuesta corta y directa: “ir a comer” el interviniente comenzaba a preguntar por las comidas favoritas de los demás participantes. De esta manera se desarticulaban sus preocupaciones y se derivaba de manera sutil a un tema común para todo el grupo: la comida, por ejemplo en este caso. El modo confrontativo con el que G comenzó, perdió el efecto de queja y se convirtió en un tema común.

La institución funciona para G como una alternativa a ampliar su círculo social, que hasta entonces venía siendo únicamente su familia, esta amplificación en el lazo y la salida de lo familiar, trajo aparejados efectos de punto de capitón a su delirio. Frente a ideas delirantes como “me han robado fotos del celular, me han borrado cosas, alguien me ha hackeado” la respuesta propuesta por la institución fue escuchar atentamente, preguntar sobre lo ocurrido “hace cuanto te diste cuenta de esto? ¿a quién más se lo contaste?” y ofrecer un espacio para calmar su angustia a través del interés por lo que le pasa, estas acciones tienen efecto de alivio en G y le sirven para cortar con el despliegue de ideas delirantes.

La practicante observa signos de angustia en G en algunos talleres, deseos de marcharse pronto, parándose al lado de la ventana con su bolso colgado mirando si su padre aparece, se lo

observa más silencioso que en actividades anteriores, irritable y con una postura de defensa, el humor y cierta complicidad con uno de sus compañeros quedan desplazados por un trato distante y nula respuesta. En alguna oportunidad pidió que se lo llame a su padre para que lo recoja antes del horario de finalización del taller. Ante la interrogación de una de las talleristas sobre el motivo dirá que no se encuentra bien de salud y que hay un tema que lo tiene preocupado. Se muestra enigmático respecto de ese tema.

Desde el equipo se acompaña su postura respetando sus pedidos y dando lugar a la angustia. En los diferentes espacios de conversación entre intervinientes circula la pregunta sobre la dirección de la cura con G. ¿Hacia dónde orientar las intervenciones? Se pone en consideración que es un momento de estar expectantes, acompañando, como se venía haciendo, sus demandas, su angustia y alojando sus producciones delirantes, ofreciendo un espacio donde poder desplegar los temores que el Otro le genera.

3- Posición de la practicante

En los inicios del recorrido de la practicante por la institución, su posición frente a cada participante y al grupo en general fue la de observadora e intervino de manera prudente en los casos en que fue pertinente hacerlo. Los profesionales que venían desarrollando un trabajo en la institución orientaron a la practicante respecto de la posición más conveniente a encarnar. Respecto de G la indicación fue la de no confrontar y mantener serenidad a la hora de los intercambios, ofrecerle al paciente un lazo que lo aloje y escuche las problemáticas que este traía.

Por cuestiones contingentes, festivos y otros motivos institucionales, es que se interrumpe la periodicidad de los talleres durante unos días, al mismo tiempo el equipo viene captando que G muestra signos compatibles con una inminente descompensación, irritabilidad, angustia, le cuesta seguir el hilo del tema propuesto en los talleres y se rigidizan para él los temas de conversación, siendo central la cuestión de hackeos y robos de identidad.

Luego de estar advertida de estos indicadores puestos en juego en G es que el paciente pide en uno de los talleres a la practicante, como ya lo había hecho con otros intervinientes, si puede averiguar algo sobre robos de identidad, ya que el siente que le está ocurriendo eso, la practicante escucha esta demanda y responde que podrían averiguar en el siguiente taller, mostrándose dispuesta a ayudarlo.

Varios días después G contacta por llamada telefónica a la practicante, se lo escucha muy angustiado al borde del llanto, le comenta que está pensando en llamar a la policía o a un abogado, ya que está seguro que ha sufrido un robo de identidad y le han eliminado fotos de su móvil, refiere que no quiere contarle a sus padres para no asustarlos. Con un tono invadido por el temor y la angustia propone reunirse con la practicante en un parque para que lo ayudara. La practicante no accede a la reunión y le pregunta si esto que le pasa se lo había comentado a alguien más, destacando la importancia de que lo mencionara con su psicólogo individual y con su madre, por otro lado, le transmite que se quede tranquilo porque hay profesionales cuidando la seguridad digital de todos los ciudadanos, que esto pronto se solucionará. Al final de la llamada G hablaba con más calma. Luego de esta llamada, la practicante pone en conocimiento al equipo de lo ocurrido.

4- Taller de Noticias

En este espacio se comparte información, se charla sobre el fin de semana de cada uno y se habla sobre las noticias más relevantes de la semana anterior sobre música, deportes, turismo, cultura, etc.

El paciente participa activamente, propone temas de charla, comenta su fin de semana y pregunta por el de sus compañeros. El mundial de futbol fue un apartado especial en este taller. G y uno de sus compañeros comentaban como iban los equipos que se mantenían en el campeonato y apostaban por quien ganaría el próximo partido. Este tema fue un puntapié importante para el intercambio de G con sus compañeros y el grupo en general. Por momentos las opiniones contrarias respecto de quien ganaría el próximo partido de las diferentes instancias provocaba en G leves sobresaltos del estilo del enojo con el que llego inicialmente, pero dócil a lo grupal podía incorporarse rápidamente. En estos intercambios surge un especial modo de hacer lazo con X, uno de sus compañeros, y es a través del humor y la complicidad que pueden vincularse de forma reciproca y satisfactoria para ambos. G y X comparten varios talleres a lo largo de la semana, sus conversaciones inicialmente eran sobre futbol, tema que era muy recurrente en X, y al que G fue amoldándose hasta estar expectante de los partidos para bromear sobre eso con X, si su equipo ganó o perdió, si el arbitraje fue justo o si entro al partido tal o cual jugador. Ante las preocupaciones que dominan a G como por ejemplo la guerra en Ucrania, X interviene preguntando

sobre ello y agregando que “eso queda muy lejos” con tono de broma. Lo que provoca esta intervención de su compañero es que el foco y el tono dramático se desvíe hacia un toco cómico, en el que ambos bromean.

El trabajo en este taller produjo adherencia al tratamiento, se pudieron ver signos de la transferencia con la institución a través de la generación de propuestas como armar un fixture del mundial y crear un espacio “Gourmet” una vez al mes, en el que se prepararon platos sencillos para compartir al final del taller. Este trabajo trajo como consecuencia un apaciguamiento de los síntomas que afectaban a G al momento de su ingreso, la queja constante sobre su estado de salud disminuyó, su negación a participar de las actividades se transformó en propuestas para hacer en los talleres y sus grandes preocupaciones por temas como por ejemplo la guerra se flexibilizaron dando lugar a otros temas con los que podía hacer lazo.

5- Taller Expresivo

Un segmento del taller estuvo dedicado a la jardinería, el cuidado de las plantas del interior del establecimiento, así como también surgió la idea en el taller de germinar más plantas para el jardín externo. En grupo se preparó la tierra, se enterraron las semillas y se establecieron días de riego. G mostro un particular interés en el cuidado posterior de las plantas. Gustaba de sacar las del interior para regarlas, encarnaba un papel fundamental en su cuidado. Era él quien le recordaba al grupo cuando tocaba el riego y quien luego de transcurrido el taller las regresaba nuevamente a su sitio.

El compromiso con las plantas del lugar se puede leer como una forma de transferencia institucional, por otro lado una rectificación respecto de su propio cuerpo y el manejo que hacía de este.

Cabe mencionar, en relación a este tratamiento a partir de la jardinería del que G hacía uso, el lugar de identificación que para él significaba. En la salida extrainstitucional propuesta por la practicante, desde el lugar visitado regalaron a la institución varias plantas y fue G quien, en representación de la institución, las recibió con entusiasmo.

CAPITULO V

DISCUSION

1- Conclusiones generales

En este apartado se pretende enlazar el recorrido teórico y la exposición del caso clínico anteriormente presentado.

1.1- Acerca de las psicosis

Contando con los datos clínicos de G y con la orientación teórica del psicoanálisis lacaniano se puede ubicar a la constitución subjetiva como brújula para situar la naturaleza de los síntomas.

Haciendo alusión a la clínica continuista Millas (2015) señala: “vemos entonces como se generalizan los alcances de la forclusión, del delirio, de las suplencias y del síntoma” (Millas, 2015, p.9) para describir la orientación clínica propuesta por el psicoanálisis a partir del último Lacan, en la que ya no se trata de clasificar o delimitar lo que es y no es la psicosis, sino de pensar al psicoanálisis mismo desde la psicosis.

Es a partir de esto que se puede pensar el trabajo institucional y el abordaje del síntoma como aquello que debe inventarse cada vez y para cada quien, a su vez dejándose orientar por las invenciones del sujeto. Se trata de un entramado de invenciones.

G se presenta en la institución manifestando tanto él mismo como sus padres, signos de la presencia de fenómenos elementales, como también de síntomas del orden de la inhibición, se pueden situar momentos de desencadenamiento que anteceden a la interpretación delirante que viene a ofrecerle estabilidad.

En el momento en que puede hablar de sus miedos respecto de un robo de identidad tanto con la practicante como en los talleres es que se pone en el campo del Otro su encuentro con lo real y a partir de ello se posibilita un trabajo de otro orden. Tal trabajo se puede ubicar como una articulación del contenido persecutorio de sus pensamientos con lo que se pone en juego en el lazo transferencial.

La salida de lo familiar sirvió como punto de capitón a su delirio, G utilizó la ampliación del lazo social como tratamiento de sus ideal delirantes, persecutorias, eso explica la apuesta por parte de la institución de que se incluya en talleres grupales.

El abordaje del síntoma psicótico en ésta institución psicoanalítica no se orienta a una normalización del sujeto ni a una "corrección" de su estructura, sino a la posibilidad de encontrar un anudamiento singular que le permita sostenerse frente a la falla estructural. En el caso de las psicosis se pretende una clínica diferencial, no para clasificar, ni buscar restituir un supuesto déficit simbólico, sino acompañar el hallazgo de una suplencia que establezca al sujeto en su relación con el goce y el lazo social.

1.2- Posición de la practicante

En el Seminario 3: Las psicosis (1955-1956), Jacques Lacan introduce la posición clínica fundamental frente al fenómeno psicótico, el analista debe ocupar el lugar de “secretario del alienado” dirá: “no sólo nos haremos sus secretarios, sino que tomaremos su relato al pie de la letra; precisamente lo que siempre se consideró que debía evitarse”. (Lacan, 2009, pág. 295)

Ante las ideas delirantes de G, desde el equipo no se trató de interpretar el delirio como si fuera un texto simbólico que espera una decodificación. Más bien, la posición que se propuso fue la de tomar nota, de escribir, de seguir el hilo del discurso del sujeto sin apresurarse a cerrar el sentido. La practicante adoptó una escucha atenta, sin prejuicios y sin la intención de ordenar, cuestionar o normalizar el discurso del sujeto. Se intentó alojar la angustia y ofrecer un lugar de escucha. Intentando acompañar el recorrido de su interpretación, el modo singular de construcción de sentido que G intenta sostener frente a la irrupción de lo real.

En la institución se llevó a cabo un trabajo que orientó a sus intervinientes a sostener esta posición, para que entre todos los que trabajan en los diferentes espacios con el paciente alojen la producción que G desplegaba, permitiendo que el delirio despliegue su lógica interna.

En síntesis, la posición de la practicante se orientó a ofrecer una escucha que hiciera posible una estabilización subjetiva, incluso si es a través del delirio mismo. Esto se trata de un abordaje desde una clínica no adaptativa y no normativa de la psicosis, tal como propone el psicoanálisis lacaniano.

1.3- Acerca de la transferencia

Se tomarán palabras de Millas (2015) para poder ubicar algo de la transferencia: “¿ahora bien, por qué el psicoanálisis se interesa por el amor? Simplemente porque consideramos que

nuestra práctica, es fundamentalmente, una clínica bajo transferencia. Si la operación analítica tiene una chance de incidir en el goce del síntoma, la misma dependerá de la posición que el analista asuma en la transferencia” de este modo se puede afirmar que para que un trabajo sea posible es necesario que haya una transferencia instalada. A lo largo del recorrido por el dispositivo institucional se puede dar cuenta de momentos clave en los que algo de la transferencia se va instalando para este sujeto.

En la psicosis, por supuesto, la transferencia tiene connotaciones diferentes que en la neurosis. Mientras que en la neurosis la transferencia se organiza alrededor del Sujeto Supuesto Saber. En la psicosis en cambio, la transferencia no busca producir saber, sino sostener una función de acompañamiento, de presencia sostenida y de función de bordes que son justamente las características de la dirección hacia donde apuntaba el tratamiento de G.

La forma que toma la transferencia en sujetos psicóticos, muchas veces es masiva, invasiva, sin mediación simbólica. El analista u otro significativo encarnando tal función (una institución, un terapeuta, etc.) es investido de manera totalizante. En G puede evidenciarse este punto en la acción de dirigirse a los intervinientes como un punto de anclaje frente a la amenaza de desintegración o de intrusión del goce. Miller (2004) enfatiza que la transferencia en la psicosis debe entenderse como una relación al Otro que no pasa por el significativo fálico. En el lugar del deseo del Otro, el paciente encuentra un goce invasivo, lo que puede convertir al interviniente en un objeto persecutorio o en una figura de sostén absoluto, sin dialéctica intermedia. Es evidente en el caso de G de qué manera las dos alternativas de transferencia en la psicosis fueron ocupadas por talleristas e intervinientes, tanto como objeto persecutorio, al inicio de su recorrido por la institución en la que el otro le resultaba invasivo y no consentía a ninguna propuesta, y luego como sostén absoluto, recurriendo a los intervinientes ante la invasión de la angustia que le provocaron sus ideas delirantes.

Los efectos transferenciales pueden inscribirse en relación con objetos, lugares, encuadres o incluso con el todo del dispositivo institucional, es lo que podría denominarse pluralización de la transferencia. En este caso se puede dar cuenta de esto con el compromiso que el paciente asumía respecto del cuidado de las plantas de la institución, como así también la participación activa en los espacios grupales, las nuevas propuestas ideadas por G que se implementaron en los talleres y la participación en cada una de las salidas grupales.

1.4- La institución como suplencia

El presente trabajo se propuso abordar la cuestión del tratamiento del síntoma en la estructura clínica de la psicosis, a partir de la experiencia en un centro de día orientado por el psicoanálisis lacaniano. En este contexto, resulta pertinente interrogar el modo de abordaje implicado. A partir del desarrollo del caso, es posible arribar a una conclusión: el tratamiento, en este caso específico, se inscribe en una lógica donde la institución opera como *sinthome*, es decir, como suplencia frente a la forclusión del Nombre-del-Padre.

La posición institucional sostenida en esta lógica permitió una estabilización en G, favoreciendo la invención subjetiva. Esta invención hizo posible que dicha estabilización se prolongara en el tiempo, aunque no sin tropiezos, que fueron sorteados mediante el trabajo constante de la institución en su función de anudamiento.

El paciente se dirigió a los intervinientes en un momento en que lo invadían ideas delirantes acompañadas de intensa angustia. Su pedido de ayuda, mediante una llamada telefónica y la formulación de preguntas relativas a su estado de salud, marcadas por preocupaciones y temores, dio cuenta de una demanda dirigida al otro que, en este caso, encontró en el dispositivo institucional un lugar de escucha y sostén. De esta manera se puso de manifiesto cómo el centro de día funcionaba como una estructura de anudamiento que ofrecía un marco propicio para el despliegue de invenciones subjetivas.

En lo grupal se desarrolló un importante movimiento. Tal dinámica le permitió consentir al lazo y poder hacer un tratamiento del otro que tuvo como efecto la inconsistencia de su carácter amenazante. Un ejemplo de ello se evidenció en uno de los talleres, cuando, ante las expresiones de angustia del paciente por el conflicto bélico en Ucrania, un compañero intervino de modo sutil señalando la distancia geográfica y contextual entre dicho conflicto y la situación local, interviniendo así en la significación otorgada por el sujeto.

En esta perspectiva, la institución se sitúa como suplencia en tanto *sinthome*, ocupando el lugar de un analista-*sinthome* que, sin interpretar, sostiene la particularidad del modo de goce del sujeto, permitiendo una inscripción posible en el lazo social.

2- Utilidad de las prácticas profesionales supervisadas

La experiencia de la práctica pre profesional, el trabajo en equipo, transitar el centro de día en su cotidianidad e inmersa en su idiosincrasia ha aportado una serie de recursos valiosos para el futuro ejercicio profesional.

Esto ha significado una oportunidad real de hacer converger lo teórico con lo práctico. Una aplicación práctica del ejercicio del rol del psicólogo, en este caso en la modalidad institucional.

3- Propuestas

Se le propone a la Universidad Católica de Cuyo ofrecer posibilidades de prácticas supervisadas en las diferentes áreas de la psicología, tanto en el momento de concluir con el propósito de servir de referencia para la elaboración del trabajo integrador final, como es este caso, como durante el periodo de cursado.

A la institución que sirvió de marco para las prácticas profesionales, se le propone incluir una instancia de conversación y cierre, donde se expongan los resultados elaborados por quienes hayan transitado como practicantes por este dispositivo.

Por otro lado se propone el incentivo al análisis personal, lo cual es de primordial importancia a la hora de poder encarnar la posición de interviniente, bajo cualquier modalidad de abordaje. Como así también instalar la noción de la supervisión de casos y formación continua.

Bibliografía

- Brodsky, Graciela (2014) comentario sobre el seminario 11. Buenos Aires: Grama
- Borsoi Paula. (2009) ¿Cuál es el lugar para el síntoma psicótico en el diagnóstico estructural de Lacan? Virtualia, revista virtual de la EOL.
- Freud, S. (1924). Neurosis y psicosis.
- Esthela Solano-Suarez. (2023) Delirios y despertares. Virtualia, revista virtual de la EOL.
- Evans, Dylan (2007) Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano, Buenos Aires: Paidós
- Lacan, J. (1953). Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis. Escritos (Vol. 1). Siglo XXI.
- Lacan, J. (1955-1956). El Seminario, libro 3: Las psicosis. Paidós.
- Lacan, J. (1957). La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. Escritos 1. Buenos Aires. Siglo XXI.
- Laca, J. (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder, Escritos 2. Buenos Aires. Siglo XXI
- Lacan, J. (1960). El Seminario, libro 7: La ética del psicoanálisis (1959-1960). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1975-1976). El Seminario, libro 23: El sinthome. Paidós.
- Laurent, E. (2007). Psicosis ordinarias y las otras, bajo transferencia. Paidós.
- Laurent, E. (2012). La batalla del autismo. Paidós.
- Laurent, E. (2016). El reverso de la biopolítica: Una escritura para el goce. Paidós.
- Millas, Daniel (2015) El psicoanálisis pensado desde la psicosis, Buenos Aires: Grama
- Miller, J.-A. (1996). Los divinos detalles. Paidós.
- Miller, J-A. (1998). Los signos del goce. Buenos Aires. Paidós
- Miller, J-A. (2004). Introducción a la clínica lacaniana.
- Miller, J.-A. (2005). El lugar y el lazo. Paidós.
- Miller, J-A. (2008) El partenaire – síntoma. Buenos Aires. Paidós
- Miller, J.-A. (1989). Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. Freudiana, (32).