

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**LA TRANSFERENCIA EN LOS TALLERES DE EXPRESIÓN ARTÍSTICA  
DE UN CENTRO DE DÍA. ESTUDIO DE CASO**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL  
ÁREA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

HIDALGO GONZÁLEZ, Ana Florencia

SAN JUAN

Diciembre 2024

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**LA TRANSFERENCIA EN LOS TALLERES DE EXPRESIÓN ARTÍSTICA DE UN  
CENTRO DE DÍA. ESTUDIO DE CASO**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

ÁREA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

DIRECTORA: Mg. Sonia Gimenes

TUTORA ACADÉMICA: Lic. Luciana Bordas

HIDALGO GONZÁLEZ, Ana Florencia

SAN JUAN

Diciembre 2024

## **Agradecimientos**

A Dios, por darme la fuerza,

A la Universidad Católica de Cuyo, por permitirme realizar los estudios,

Al equipo de Nodal, por su acompañamiento y disposición durante las prácticas,

A la Lic. Luciana Bordas, por su orientación durante la elaboración del TIF,

A mi papá, Luis, por su esfuerzo y apoyo en los años de carrera,

A mi mamá, Maira, por apoyarme y darme sus bendiciones,

A mis hermanas, Julieta, Guadalupe y Guillermina por ser los pilares de mi vida,

A mis abuelos, Jorge y Dora por su incondicionalidad, amor y entrega,

A mis tíos, Federico, Pablo y Sol, por estar en cada momento,

A mis primos Julián y Bruno, por darme luz en mi vida,

A mi novio, Iván, por su apoyo, aliento y amor,

A mis amigos, por su compañía.

## Resumen

**Introducción.** El trabajo se llevó a cabo en un Centro de día de Salud Mental, destinado al abordaje interdisciplinario de pacientes adultos con psicosis. El objetivo general es describir la transferencia en los talleres de expresión artística de un Centro de Día. Los objetivos específicos son conceptualizar la psicosis, describir la transferencia de pacientes con psicosis, caracterizar la dinámica y estructura de los talleres y articular un caso clínico de la institución con la teoría. **Materiales y métodos.** Es una investigación de tipo descriptiva, basada en la teoría psicoanalítica. Se utilizaron técnicas de observación, registro escrito y entrevista semiestructurada a la referente del paciente para la construcción del caso. Además se llevó a cabo un proyecto de intervención en el taller de noticias y cocina, que tuvo como objetivo la creación de un “Diario” que contemple noticias de los participantes, tanto individuales como grupales, donde se planteó subjetivar la actividad y compartir las producciones. **Resultados.** Se trata de un paciente de 32 años con diagnóstico de esquizofrenia. Ingresó a la institución en el año 2022 y el plan de tratamiento sugerido fue *Prestación Centro de Día, Jornada Simple*. En el proyecto, se mostró interesado e implicado en la actividad, desde su participación en la conversación y su aporte singular. **Discusión.** La clínica no es posible sin que se produzca la transferencia y es sobre el campo de la misma en donde se construyen los distintos decires e invenciones. El analista hace aparecer al sujeto en la interlocución. Así, fue posible la inscripción de algo singular en el proyecto de intervención. No sólo se afirma la existencia de transferencia en la psicosis, sino también que la misma opera con determinadas particularidades que la diferencian de la transferencia en la neurosis. Entendiendo que a partir de la transferencia es posible un tratamiento, en estos contextos la charla y las producciones artísticas, funcionan como terceridad para su instalación.

**Palabras claves:** transferencia, psicosis, analista, maniobra, artística.

## Abstract

**Introduction.** The work was carried out in a Mental Health Day Center, aimed at the interdisciplinary approach to adult patients with psychosis. The general objective is to describe the transfer in the artistic expression workshops of a Day Center. The specific objectives are to conceptualize psychosis, describe the transfer of patients with psychosis, characterize the dynamics and structure of the workshops, and articulate a clinical case from the institution with the theory. **Materials and Methods.** This is a descriptive research study based on psychoanalytic theory. Observation techniques, written records, and a semi-structured interview with the patient's referring clinician were used to construct the case. Additionally, an intervention project was carried out in the news and cooking workshop, with the goal of creating a "Diary" that includes news from the participants, both individual and group. The aim was to make the activity subjective and share the productions. **Results.** This is a 32 years old patient diagnosed with schizophrenia. He entered the institution in 2022, and the suggested treatment plan was Day Center service, with a simple daily schedule. In the project, the patient showed interest and involvement in the activity, as evidenced by his participation in the conversation and his unique contribution. **Discussion.** The clinic is not possible without the occurrence of transfer, and it is within this field that various statements and inventions are constructed. The analyst makes the subject appear in the interaction. Thus, it was possible to inscribe something unique in the intervention project. Not only is the existence of transfer in psychosis affirmed, but also that it operates with certain particularities that distinguish it from transfer in neurosis. Understanding that treatment is possible through transfer, in these contexts, conversation and artistic productions function as thirdness for their establishment.

**Keywords:** transfer, psychosis, analyst, maneuver, artistic.

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	3
Psicosis: conceptualización general.....	3
Breve recorrido histórico del concepto de transferencia en Freud .....	7
Transferencia como enlace falso: origen del concepto.....	7
Transferencia en los sueños .....	10
Transferencia como obstáculo: resistencia .....	10
Clasificación clínica de la transferencia .....	13
Manejo de la transferencia: vía para la cura .....	15
Transferencia para Lacan.....	20
Sujeto supuesto Saber y deseo del analista.....	22
La transferencia en la psicosis .....	25
Psicosis de transferencia .....	28
Persecución y erotomanía.....	29
Maniobra de la transferencia en la psicosis .....	30
Posición del analista en la psicosis .....	33
Acerca de la contratransferencia.....	36
Concepto de sinthome y tratamiento posible en la psicosis .....	39
Talleres de expresión artística .....	40
Algunas coordenadas del funcionamiento de dispositivo taller .....	42

Práctica entre varios.....	44
Estructuración del trabajo de la institución .....	45
Encuadre de trabajo .....	47
Aspectos éticos .....	48
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>51</b>
<b>MATERIALES Y MÉTODOS.....</b>	<b>51</b>
Fase de acercamiento a la institución .....	52
Fase de exploración .....	53
Fase de descripción.....	55
Fase de planificación .....	60
Fase de intervención .....	60
Fase de análisis y elaboración .....	62
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>63</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>63</b>
Datos iniciales sobre P.....	63
Ingreso a Nodal y evolución.....	64
Observaciones en los talleres de expresión artística.....	65
Intervenciones del equipo.....	67
Efectos del proyecto de intervención en el taller de noticias y cocina en P. ....	68
Posición con respecto a P. ....	69

<b>CAPÍTULO IV</b> .....	71
<b>DISCUSIÓN</b> .....	71
Aparición de un sujeto en la transferencia.....	71
Posición de la practicante con respecto a P. ....	72
Contratransferencia en la practicante .....	73
Intervenciones del equipo.....	74
“Los segmentos”, invención singular que posibilita un lazo .....	75
Acompañar al sujeto en su invención, proyecto de intervención .....	76
Institución que permite un orden .....	78
Una modalidad de psicoanálisis aplicado.....	79
Aspectos éticos, la prudencia y el respeto .....	81
Conclusiones.....	81
Acerca de la utilidad de la Práctica Pre Profesional Supervisada .....	83
Propuestas.....	84
<b>REFERENCIAS</b> .....	86
<b>APÉNDICE</b> .....	92
<b>APÉNDICE A</b> .....	92
Proyecto de intervención “ <i>Diario de Nodal</i> ” .....	92
<b>APÉNDICE B</b> .....	99
Entrevista semiestructurada.....	99

## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final (TIF), se enmarca dentro de las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS) de la Licenciatura en Psicología, de la Universidad Católica de Cuyo. El trabajo se efectuó bajo la tutoría académica de la Lic. Luciana Bordas y estuvo a cargo de la directora Mg. Sonia Gimenes. Las prácticas se realizaron en el Centro de Día Nodal bajo la tutoría de campo de la Lic. Eugenia Patiño.

Nodal es un Centro de día de Salud Mental, destinado al abordaje interdisciplinario de pacientes con psicosis (de 18 a 65 años), que ofrece un espacio para el despliegue diario de distintos talleres de expresión artística. Se puede decir que uno de los objetivos principales de la institución es favorecer el lazo social de los sujetos.

A partir del conocimiento, acercamiento y práctica de las actividades que se llevan a cabo en Nodal, surge el interés en abarcar el tema del presente trabajo. Sobre el interrogante: “*¿De qué manera se manifiesta la transferencia en la psicosis, en el contexto de talleres artísticos de un Centro de día?*” es que se basa la presente investigación de tipo descriptiva. Cabe destacar que la orientación del presente TIF está basada en la teoría psicoanalítica.

En este trabajo, se tomará un caso particular de la institución y se intentará articular el mismo con la teoría del tema propuesto. Debido a que se trata de sujetos con psicosis, es importante mencionar que Lacan (1958) define a la psicosis como la resultante de la forclusión del Nombre del Padre, significante primordial que, en el Otro, es el significante en cuanto lugar de la ley. Dicho de otro modo, la psicosis puede ser explicada por una falla radical en la inscripción del Nombre del Padre, entendiendo este último como un significante que se articula con otro, es decir, un operador de encadenamiento. Esta falla radical, impide la constitución de una neurosis (Millas, 2015).

Por otra parte, se considerará a la transferencia como eje principal en esta investigación. Es sabido que la transferencia es un concepto fundamental del psicoanálisis, siendo uno de los principales hallazgos de Freud y un elemento clave en la clínica, alrededor de cual se edifica todo el enfoque terapéutico (López, 2019).

Siguiendo lo anterior, la transferencia “se produce necesariamente en una cura psicoanalítica y alcanza su consabido papel durante el tratamiento” (Freud, 1912, p.97).

Ahora bien, *¿Qué sucede con la transferencia en sujetos psicóticos en contextos grupales?*

Dado que el sujeto psicótico se relaciona con el saber sin mediación simbólica, la transferencia en las psicosis opera con especificidades propias (Castro, 2023). Tales particularidades son las que se intentarán conceptualizar a lo largo del TIF.

En cuanto a los talleres que se despliegan en Nodal, tienen un fundamento lógico. En ellos se pone en juego el arte, que puede entenderse como un “recurso que le permite al sujeto (re)constituirse frente a aquella falta inaugural que, a su vez, le resulta insoportable” (Blank y Fiochi, 2014, p.2). Tales talleres se encuadran en un Centro de día, espacio que aloja la singularidad de cada concurrente y que ofrece, bajo transferencia, un lugar a estas soluciones del sujeto, con el objetivo de que pueda vivir mejor (López, 2019).

Es importante mencionar que en el Centro de día se trabaja de manera grupal. Jaimes y Rincón (2010), expresan “el trabajo grupal sigue potenciando el lazo social pues permite que el psicótico pueda darse un lugar en un discurso, en tanto pueda no sólo enunciar su palabra, sino enunciarla para otro (p.14).

En relación con lo antes expuesto, el objetivo principal que se plantea en el presente TIF es describir la transferencia en los talleres de expresión artística de un Centro de Día. En cuanto a los objetivos específicos, estos son conceptualizar la psicosis, describir la transferencia de pacientes con psicosis y caracterizar la dinámica y estructura de los talleres

de expresión artística. Finalmente, se plantea articular un caso particular de la institución con la teoría del tema propuesto.

## MARCO TEÓRICO

### **Psicosis: conceptualización general**

Para introducir el tema propuesto en el presente Trabajo Integrador Final e intentar responder a la pregunta planteada, en primer lugar se realizará una descripción, a modo general, de la conceptualización de la psicosis según Freud y Lacan.

Freud (1924) en su escrito *La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis*, expresa que en la neurosis, el yo, en servicio a la realidad, sofoca un fragmento del ello, es decir, emprende la represión de una moción pulsional evitando la pérdida de la objetividad. En cambio en la psicosis, el yo, en vasallaje al ello (es decir en servicio a la vida pulsional), se retira de un fragmento de la realidad, de la objetividad. Además, menciona que en la psicosis, la pérdida de realidad se presenta de antemano. En cambio, en la neurosis, se la evita.

En cada neurosis, en el intento de reprimir al ello, aparece un reparo: una reacción contra la represión y el fracaso de esta. Reparo que, sin embargo, volverá a aflorar. Lo que se obtiene como consecuencia es una perturbación en la relación del enfermo con la realidad, es decir, un aflojamiento del nexo del sujeto con la realidad (Freud, 1924).

Por consiguiente, Freud, en este texto, alude a que existe pérdida de objetividad tanto en la psicosis, como en la neurosis. Lo cual se contrasta con la percepción de que algunos están en la realidad y otros no. Sin embargo, esta pérdida no se presenta de igual forma en ambos cuadros (Chamorro, 2004). Freud aclara que tales relaciones del sujeto con la realidad en la neurosis y en la psicosis, no son las mismas debido a una profunda razón estructural (Lacan, 1955-1956).

Por lo tanto se puede decir que, tanto en la neurosis como en la psicosis, hay pérdida de realidad. Sin embargo, Freud (1924) realiza la siguiente diferenciación:

En la neurosis se evita, al modo de una huida, un fragmento de la realidad, mientras que en la psicosis se lo reconstruye. Dicho de otro modo: en la psicosis, a la huida inicial sigue una fase activa de reconstrucción; en la neurosis, la obediencia inicial es seguida por un posterior intento de huida. O de otro modo todavía: la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella; la psicosis la desmiente y procura sustituirla. (p. 195)

En relación a lo anterior Lacan (1958), en *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*, comenta que “el problema no es el de la pérdida de la realidad, sino del resorte de lo que la sustituye” (p.524).

Por otra parte, Freud (1924) en el texto *Neurosis y Psicosis*, menciona que “La neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y el ello, en tanto que en la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior” (p.155). A su vez, destaca una etiología común tanto para la psiconeurosis como para la psicosis: la *frustración*; el no cumplimiento de deseos indómitos de la infancia. Sin embargo, lo que determina el efecto patógeno, será lo que haga el yo en esta conflictiva: si permanece en servicio al mundo exterior y sofoca un fragmento del ello, o si, fiel al ello, se deja arrancar de la realidad (Freud, 1924).

Lacan (1955-1956), en el *Seminario 3 Las psicosis*, comenta sobre las consideraciones de Freud, y agrega que en la neurosis, el sujeto sacrifica una parte de la realidad psíquica (que no es igual a la realidad exterior). Esta parte de la realidad psíquica es olvidada, sin embargo, continúa haciéndose oír, es decir, vuelve a surgir de manera simbólica. Entonces, aquella huida parcial de la realidad psíquica, está secretamente conservada en la neurosis. En cambio, en la psicosis, se presenta una ruptura, un agujero o

desgarro con la realidad exterior, que luego será colmado por el mundo fantasmático mediante el mecanismo de la proyección.

La proyección en la psicosis “hace retornar del exterior lo que está preso en la *Verwerfung*, o sea lo que ha sido dejado fuera de la simbolización general que estructura al sujeto” (Lacan, 1955-1956, p.73). En este sentido, aclara Freud (1914) “Una represión (*Verdrängung*) es algo diverso de una desestimación (*Verwerfung*)” (p.74).

La noción de *Verwerfung* indica que previamente ya debe haber algo que falta en la relación con el significante, en la primera introducción a los significantes fundamentales. Esta es, evidentemente, una ausencia irreparable para toda búsqueda experimental. No hay ningún medio de captar, en el momento en que falta, algo que falta. (Lacan, 1955-1956, p.360)

Por lo tanto, es importante mencionar la siguiente diferenciación:

Lo que cae bajo la acción de la represión retorna, pues la represión y el retorno de lo reprimido no son sino el derecho y el revés de una misma cosa. Lo reprimido siempre está ahí, y se expresa de modo perfectamente articulado en los síntomas y en multitud de otros fenómenos. En cambio, lo que cae bajo la acción de la *Verwerfung* tiene un destino totalmente diferente. (Lacan, 1955-1956, p.24)

Lacan (1958) considera a la *Verwerfung* como preclusión del significante Nombre del Padre, ya que responde en el Otro un agujero, provocado por la carencia metafórica. Se habla de psicosis cuando “Todo lo rehusado en el orden simbólico, en el sentido de la *Verwerfung*, reaparece en lo real” (Lacan, 1955-1956, p.24).

Como se mencionó anteriormente, Freud ubica a la frustración como causalidad de la psicosis. Ahora bien, Lacan completa esta idea expresando que se debe a la frustración “subjetiva” del padre, es decir, a la *forclusión del Nombre del Padre* (Chamorro, 2004).

En la medida en que el Nombre del Padre es rechazado, es objeto de una *Verwerfung* primitiva, no entra en el ciclo de los significantes, y por eso también el deseo del Otro, especialmente el de la madre, no está simbolizado. (Lacan, 1999, p.490)

Por otra parte, cabe aclarar qué es un Padre. En palabras de Millas (2015), “es aquello que viene a oponerse, a romper una identificación imaginaria que sostenía la constitución del marco de la realidad del sujeto y que funcionaba como una suplencia a la función del Nombre de Padre” (p.43).

Hace falta una ley, una cadena, un orden simbólico, la intervención del orden de la palabra, es decir del padre. No del padre natural, sino de lo que se llama el padre. El orden que impide la colisión y el estallido de la situación en su conjunto está fundado en la existencia de ese nombre del padre. (Lacan, 1955-1956, p.139)

Por otro lado, Soler (1992), en *El inconciente a cielo abierto de la psicosis*, toma el concepto *forclusión* definido por Lacan como un defecto, como una ausencia a nivel del Otro: ausencia de un significante, “el Nombre-del-Padre”, y de su efecto metafórico.

Es en un accidente de este registro y de lo que en él se cumple, a saber, la preclusión del Nombre-del-Padre en el lugar del Otro, y en el fracaso de la metáfora paterna, donde designamos el defecto que da a la psicosis su condición esencial, con la estructura que la separa de la neurosis. (Lacan, 1958, p. 556)

Soler (1992) destaca que el término *condición* al que se refiere Lacan, implica que la forclusión es una hipótesis causal y no un fenómeno observable. Es decir, la forclusión es una hipótesis con la que Lacan explica la causalidad de la psicosis, pero no se diagnostica a la psicosis por la forclusión, sino por sus efectos. También, cabe mencionar que Amigone (2019) toma a Leibson para explicar que no se debe considerar a la estructura del psicótico como un déficit en relación a la neurosis, sino como una manera subjetiva, particular, de inscripción de las marcas del lenguaje.

## **Breve recorrido histórico del concepto de transferencia en Freud**

Teniendo en cuenta el objetivo de la presente investigación, resulta necesario describir las distintas acepciones del concepto de transferencia, realizando en primer lugar, un recorrido histórico del mismo por la obra de Freud. Es Lagache (1956) quien describe tal trayectoria. Posteriormente se describirá el concepto de transferencia para Lacan.

### **Transferencia como enlace falso: origen del concepto**

Tal como se mencionó, Lagache (1956) toma la obra de Freud para realizar un breve recorrido histórico del concepto de *transferencia*. Para ello, expresa que es necesario remontarse a los orígenes de la psicoterapia. En la época en donde primaba el método catártico desarrollado por Breuer y Freud, los síntomas se podían suprimir llevando al paciente a un estado psíquico del cual surgieron los mismos. La catarsis provocaba un ablandamiento de la defensa del yo (es decir, de la resistencia) y era la autoridad del médico lo que podía hacer vencer la misma. En este punto se destaca la importancia de la relación médico - paciente.

En relación al método catártico, “su propósito terapéutico era guiar el monto de afecto aplicado a la conservación del síntoma – y que había caído en vías falsas, quedando ahí por así decir estrangulado – por los caminos normales, donde pudiera alcanzar la descarga (abreacción)” (Freud, 1925, p.22). Por otra parte:

La repetición de vivencia anterior es, literalmente, un punto común del método catártico y de la transferencia psicoanalítica; la polaridad de la vivencia y del recuerdo, del afecto y del intelecto, tema principal de la historia de la técnica psicoanalítica, está ya en la catarsis. (Lagache, 1956, p. 2)

A pesar de que Breuer no fue quien descubrió este punto en común entre la repetición y la relación del paciente - médico, este autor, para el restablecimiento de las personas enfermas, disponía de un intenso “*rapport*” sugestivo (Lagache, 1956).

Freud (1925) a partir de su experiencia con la hipnosis y la catarsis, advierte que cuando la relación personal con el paciente se enturbia, los recuerdos del mismo quedan olvidados. De esta manera advierte que el vínculo afectivo personal (el cual no podía ser gobernado) tiene más poder que cualquier trabajo catártico.

Este hecho le permitió el desarrollo de nuevos fundamentos teóricos, concluyendo que en la hipnosis se presenta un juego de fuerzas y, “todo lo olvidado había sido penoso de algún modo: produjo terror, dolor, o fue vergonzoso para las exigencias de la personalidad” (Freud, 1925, p.28). El médico debía gastar su propio esfuerzo deliberado para volver a hacer conciente lo olvidado en el enfermo, es decir, para vencer tales resistencias y reconstruir el proceso patógeno (Freud, 1925).

El objetivo de la terapia ya no era la abreacción del afecto atascado en vías falsas (catarsis), sino el descubrimiento y revelo de las represiones, lo que podía desembocar en la aceptación o en la desestimación (*Verwerfung*) de lo rechazado. Freud (1925) denomina a este procedimiento de indagación y terapia como *psicoanálisis*.

Lagache (1956) menciona que hoy en día, estas observaciones aluden al concepto de transferencia. Sin embargo, Freud menciona específicamente este término al final de la *Psicoterapia de la Histeria* (que se encuentra en *Estudios sobre la Histeria*).

En *Estudios sobre la Histeria*, Freud (1895) expresa que es preciso tomar en cuenta que, en los análisis de gravedad mayor, se puede presentar un gran obstáculo: cuando la relación médico – enfermo se perturba.

Si esa relación de la enferma con el médico es perturbada, también se deniega su buena disposición; cuando el médico quiera averiguar la siguiente idea patógena, a la enferma se le cruzará la conciencia de los cargos que se han acumulado contra aquel. (Freud, 1895, p.306).

Este obstáculo, se presenta principalmente en tres ocasiones: La primera ocasión, es cuando la enferma se siente relegada, menospreciada o ha escuchado cosas desfavorables sobre el médico y el método de tratamiento (enajenación personal). La segunda, cuando la enferma tiene miedo de perder su propia autonomía ante el médico. En cuanto a la tercera ocasión, dice Freud (1895):

Cuando la enferma se espanta por transferir a la persona del médico las representaciones penosas que afloran desde el contenido del análisis. Ello es frecuente, y aun de ocurrencia regular en muchos análisis. La *transferencia* sobre el médico acontece por enlace falso. (p.306)

En este último punto, aparece por primera vez, en el sentido psicoanalítico, el término «Übertragung» («transferencia»). Sin embargo, se trata de una acepción más restringida que en escritos posteriores.

Retomando lo anterior, Freud (1895) comenta que la primera tarea es indagar y volverle conciente a la enferma el obstáculo. El segundo objetivo consiste en llevarla a relacionar en qué punto la persona del médico coincide en sus relaciones personales. De esta manera, Freud descubre que la transferencia no supone un considerable esfuerzo de trabajo. “Para la paciente, el trabajo sigue siendo el mismo: superar el afecto penoso por haber podido abrigar semejante deseo por un momento; y para el éxito del trabajo parecía indiferente que ella tomara como tema esa repulsión psíquica en el caso histórico o en el reciente conmigo” (p.308).

Freud, en esta época entiende el aparato psíquico como un entramado de representaciones organizado alrededor de un núcleo patógeno (producido por una vivencia traumática), apareciendo de esta manera, el síntoma. Se debe llegar al núcleo patógeno mediante el resto de las representaciones. Sin embargo, puede ocurrir que en análisis, esas representaciones no se ligen al núcleo sino a la persona del analista. Entonces, en este

momento de la enseñanza de Freud, la transferencia se entiende ligada principalmente al falso enlace y a la resistencia que impide arribar a la cura (Álvarez, 2012).

Por lo tanto, Freud en *Estudios sobre la histeria* presenta una concepción clara de la génesis de la transferencia y de su importancia, aunque aún no alude a un concepto amplio de su alcance. Aun así, vincula la transferencia, inicialmente, con un impulso reprobable, con el mismo afecto que hizo que el paciente rechazara el deseo inaceptable. La transferencia aparece aquí como una defensa contra un afecto penoso (Lagache, 1956).

### **Transferencia en los sueños**

Freud (1900) en *La Interpretación de los Sueños*, toma el concepto de transferencia, pero en un sentido distinto al anterior. Expresa que la representación inconsciente del sueño, como tal, es incapaz de ingresar en el preconciente. Solamente se podrá exteriorizar allí si conecta con otra representación, inofensiva, que pertenezca al preconciente. De esta manera, la primera representación le transfiere su intensidad a la segunda, y se deja encubrir por ella. Éste dice Freud (1900), es el hecho de la transferencia. En este sentido, “Las vivencias infantiles más antiguas no las tenemos más como tales, sino que son reemplazadas en el análisis por transferencias y sueños” (Freud, 1900, p.199).

### **Transferencia como obstáculo: resistencia**

Freud (1905) vuelve a ocuparse del tema de la transferencia en *Fragmento de análisis de un caso de histeria*, donde se vio obligado a esclarecer el concepto por las particularidades del caso de Dora. “En este momento ya considera a la vivencia traumática como contingente, y pone en primer plano, más bien, la fantasía. Postula al síntoma como una conjunción de dos elementos heterogéneos: lo pulsional y lo psíquico” (Álvarez, 2012, p.59).

Así, Freud (1905) define las *transferencias* de la siguiente manera:

Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse concientes; pero lo característico

de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico.

Para decirlo de otro modo: toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico.

(p.101)

Además, Freud (1905) comenta que hay transferencias que aparecen como reimpresiones o reediciones sin modificaciones, es decir, no se diferencian de sus modelos en cuanto al contenido. En cambio, otras transferencias aparecen con cambios en cuanto a su contenido a través de una moderación o sublimación. Estas últimas pueden volverse concientes, apuntalándose en alguna particularidad real del médico o de la circunstancia.

Esta reactualización funcionaría como obstáculo, e impediría la prosecución de la cura, que ahora tendría que ver con el análisis de tales mociones y fantasías.

Transferencia entendida ahora como una resistencia, en la que aparece en primer plano la cuestión de la repetición. (Alvarez, 2012, p.59)

Más adelante, Freud (1912), en su escrito *Sobre la dinámica de la transferencia*, describe sistemáticamente a la transferencia. Expresa que toda persona, como resultado de las características innatas y las influencias recibidas en su infancia, establece ciertas condiciones específicas de amor, las pulsiones que satisfará y las metas que se fijarán. Todo ello desemboca en un patrón, o varios, que se repiten de forma regular a lo largo de la vida y que, a su vez, pueden mutar ante impresiones recientes. Sin embargo, sólo una parte de estas mociones libidinosas que determinan la vida amorosa, está vuelta sobre la realidad objetiva, disponible en la conciencia. La otra parte se aparta de la personalidad conciente y de la realidad objetiva, o ha permanecido enteramente en lo inconciente.

Siguiendo lo anterior, Freud (1912) aclara que cuando la necesidad de amor no se satisface exhaustivamente por la realidad, se verá precisado a proyectar en cada persona que aparezca, representaciones libidinosas, tanto la parte susceptible de conciencia como la parte

inconciente. Se puede decir, entonces, que estas expectativas insatisfechas se vuelven hacia el médico.

En este texto también Freud entiende al síntoma como consecuencia de la represión ejercida sobre fantasías incestuosas y, el tratamiento, pretende analizar las mismas y las mociones pulsionales. Así, Freud propone que en el análisis, la libido se desprende de los síntomas y se traslada al analista, lo cual puede producir una detención de la cura. Por lo tanto también en este momento entiende a la transferencia como un falso enlace, en la que la repetición está al servicio de la resistencia (Alvarez, 2012). La resistencia aparece en cada paso del tratamiento, en cada ocurrencia o acto del paciente. Estas resistencias están constituidas como un compromiso entre fuerzas que apuntan a la salud y otras que no (Freud, 1912).

Siguiendo lo anterior, Freud (1912) se pregunta por qué en el análisis, la transferencia se vuelve la resistencia más fuerte al tratamiento, siendo que fuera del análisis, debiera reconocerse como portadora del efecto de salud, del éxito. En otras palabras, la transferencia positiva sobre el médico, es decir, cuando el vínculo se caracteriza por ser tierno, podría servir para facilitar la confesión del deseo prohibido. Sin embargo, no se entiende por qué la transferencia obstaculiza tal confesión. La transferencia sirve como medio de la resistencia, debido a que “se vuelve muy difícil confesar una moción de deseo prohibida ante la misma persona sobre quien esa moción recae” (Freud, 1912, p.102).

Por otra parte Freud (1917), en su *Conferencia 28: la transferencia*, menciona que el paciente “desarrolla un interés particular hacia la persona del médico” (p. 399), de manera que le resulta más importante todo aquello que tenga que ver con el analista, que sus propios asuntos. Así, se distrae de su condición de enfermo.

Durante un tiempo, el trato con el paciente resulta agradable: el analizado se muestra agradecido, comprometido con el trabajo psicoanalítico, afloran las asociaciones y la

comprensión de lo que se le apunta. En este punto, el análisis hace grandes progresos, es decir, objetivamente se muestra una mejoría de su estado patológico. Sin embargo, más tarde aparecen las dificultades: las resistencias. Al paciente no se le ocurre nada más y no se muestra tan interesado en el trabajo, se muestra sin compromiso (Freud, 1917).

Si uno es capaz de aclarar de nuevo la situación, reconocerá como la causa de la perturbación el hecho de que el paciente ha transferido sobre el médico intensos sentimientos de ternura que ni la conducta de este ni la relación nacida de la cura justifican. (Freud, 1917, p. 401)

Esto es a lo que Freud llama transferencia, aclarando que todo ese afecto proviene de otra parte y ha encontrado la oportunidad de transferirse sobre el analista, en el tratamiento. Aclara que la transferencia se presenta desde el primer momento del tratamiento y constituye durante un tiempo el impulso más poderoso de trabajo (Freud, 1917).

Si posteriormente esta transferencia impulsora del trabajo, se muda en resistencia, la relación con la cura se modifica y se presenta de dos maneras distintas: por un lado cuando la inclinación tierna es tan fuerte que deja ver los signos de la necesidad sexual, aparece una resistencia contra ella; por otro, cuando consiste en mociones hostiles (Freud, 1917). “Las particularidades de la transferencia psicoanalítica se entienden en relación con la resistencia, que no se puede explicar sino por la distinción entre transferencia positiva y transferencia negativa” (Lagache, 1956, p.13).

### **Clasificación clínica de la transferencia**

Freud (1925) considera a la transferencia como un rasgo esencial al cuadro del análisis y como la máxima significación tanto en lo teórico como en lo técnico. Expresa que, en cada tratamiento analítico, se instaura un vínculo afectivo del paciente con el analista (sin que el médico lo promueva). Puede ser positiva o negativa, variando desde el enamoramiento hasta la rebeldía y el odio.

Por lo tanto Freud (1912) aparta la transferencia «positiva» (de sentimientos tiernos) de una «negativa» (de sentimientos hostiles) e indica que se debe tratar por separado a las mismas sobre el médico. La transferencia positiva se descompone en sentimientos tiernos o amistosos, los cuales son susceptibles de conciencia y, sus persecuciones a lo inconciente, se remontan regularmente a fuentes eróticas. De igual manera, todos los vínculos que son valorizados en la vida (de sentimiento, simpatía, amistad, confianza y similares), se enlazan de manera genética con la sexualidad. El psicoanálisis demuestra que las personas estimadas pueden seguir siendo objetos sexuales para lo inconciente.

La transferencia negativa coexiste con la positiva y en muchas ocasiones aparecen, ambas, dirigidas sobre el mismo objeto. Esta ambivalencia es normal hasta cierto límite. Un alto grado de ambivalencia correspondería a un rasgo neurótico. Y, en casos en donde la transferencia es esencialmente negativa, cesa toda posibilidad de influjo y de curación (como en los “paranoides”) (Lagache, 1956).

Esta «trasferencia» —tal se la llama de manera abreviada— pronto reemplaza en el paciente al deseo de sanar y pasa a ser, mientras es tierna y moderada, soporte del influjo médico y genuino resorte impulsor del trabajo analítico en común. Más tarde, si se ha hecho apasionada o se ha trocado en hostilidad, se convierte en el principal instrumento de la resistencia. Y en ese caso puede paralizar la actividad de ocurrencias del paciente y poner en peligro el éxito del tratamiento. (Freud, 1925, p. 40)

En otras palabras, cuando la cura se encuentra encomendada bajo la transferencia positiva, los recuerdos se profundizan y se silencian los síntomas (al igual que en la hipnosis). Pero, si en el transcurso de la cura la transferencia se vuelve hostil o hipertensa, aparece la represión y, en vez de recordar, el paciente actúa. Será preciso vencer tales resistencias a la cura (Freud, 1914). Sin embargo:

Por regla general, los sentimientos hostiles salen a la luz más tarde que los tiernos, y detrás de ellos; en su simultánea presencia resultan un buen reflejo de la ambivalencia de sentimientos que rige en la mayoría de nuestros vínculos íntimos con otros seres humanos. (Freud, 1917, p.403)

Más adelante, Lacan (1964) en el *Seminario 11*, aborda la cuestión de la transferencia, expresando que en el común, se la entiende como un afecto y se la clasifica vagamente en positiva y negativa. A lo cual, le añade la siguiente precisión “la transferencia positiva es cuando a quien está en juego, el analista en este caso, se lo mira con buenos ojos –y es negativa cuando le tienen ojeriza” (p. 130).

### **Manejo de la transferencia: vía para la cura**

Palacio (2009) expresa que la transferencia se produce en toda relación interpersonal. Sin embargo, junto a la contratransferencia y bajo el encuadre de un proceso psicoanalítico, adquiere una importancia capital, donde puede ser interpretada.

Al adentrarse en la teoría de la técnica analítica, se llega al entendimiento de que la transferencia es algo necesario y, en la práctica, se evidencia que no hay ningún medio para evitarla. Por lo tanto, será preciso combatir, aunque tarea difícil, esta creación de la enfermedad. En este sentido, la transferencia se usa para producir aquellos impedimentos que hacen inaccesible el material a la cura. Es necesario basarse en puntos de apoyo y evitar las arbitrariedades. Una vez resuelta la transferencia, el enfermo puede obtener la sensación de convencimiento de las asociaciones construidas (Freud, 1905).

Freud (1913) en el texto *Sobre la iniciación del tratamiento* refiere que el primer objetivo del tratamiento es establecer en el analizado un rapport con la persona de médico. Para ello se necesita tiempo, propiciar un interés genuino y eliminar las resistencias iniciales del paciente. Indica que es oportuno hacer comunicaciones al analizado, una vez que se haya establecido dicho rapport. Es decir, luego de que el paciente haya establecido una

transferencia operativa con la persona del médico, será oportuno revelarle significados e iniciarlo en los procedimientos técnicos. El paciente, por sí mismo asocia al médico a imagos de las personas de quienes estuvo acostumbrado a recibir amor.

Freud (1905) expresa que la transferencia es un fenómeno humano universal y que la cura psicoanalítica no crea la transferencia sino que la revela, despertando en el análisis todas las mociones, incluyendo las hostiles. Para aprovechar el análisis es preciso aniquilarlas, es decir, hacerlas concientes. Si bien analizar las transferencias hace más lento y oscuro el tratamiento, garantiza su desarrollo contra las resistencias repentinas e insuperables. “La transferencia, destinada a ser el máximo escollo para el psicoanálisis, se convierte en su auxiliar más poderoso cuando se logra colegirla en cada caso y traducírsela al enfermo” (Freud, 1905, p.103).

En caso de que las asociaciones libres del enfermo se denieguen completamente, será posible eliminar o mudar esa resistencia aseverándole que se encuentra bajo el imperio de una ocurrencia relativa a la persona del médico. De esta forma, las asociaciones ya no se deniegan, en todo caso, se las silencia (Freud, 1912). “Ahora bien, mientras las comunicaciones y ocurrencias del paciente afluyan sin detención, no hay que tocar el tema de la transferencia. Es preciso aguardar para este, el más espinoso de todos los procedimientos, hasta que la transferencia haya devenido resistencia” (Freud, 1913, p.140).

Cuando el analista se aproxima a un complejo patógeno en primer lugar se acerca hasta la conciencia la parte susceptible de ser transferida y es defendida con gran tenacidad. En este punto Freud (1912) refiere lo siguiente:

Así, en la cura analítica la transferencia se nos aparece siempre, en un primer momento, sólo como el arma más poderosa de la resistencia, y tenemos derecho a concluir que la intensidad y tenacidad de aquella son un efecto y una expresión de esta. El mecanismo de la transferencia se averigua, sin duda, reconduciéndolo al

apronte de la libido que ha permanecido en posesión de imagos infantiles; pero el esclarecimiento de su papel en la cura, sólo si uno penetra en sus vínculos con la resistencia. (p.102)

Por otra parte, para la constitución de una psiconeurosis, es necesario que se lleve a cabo un proceso que Jung designó como “introversión” de la libido, lo que produce que disminuya la parte de la libido susceptible de conciencia y aumente el sector inconciente. La libido, total o parcialmente, ha seguido el camino de la regresión, reanimando imagos infantiles. En este punto, la cura analítica pretende capturarla y volverla disponible a la conciencia y al servicio de la realidad objetiva. Estas fuerzas, causantes de la regresión, se manifestarán como unas «resistencias» al trabajo, para conservar ese nuevo estado. Cabe mencionar que tales resistencias no son las únicas ni las más poderosas. Para liberar la libido es necesario vencer esa resistencia, es decir, vencer la fuerza que lleva a lo inconciente (Freud, 1912).

Tal como se mencionó anteriormente, la transferencia se vuelve resistencia dentro de la cura cuando se trata de componentes chocantes, es decir, cuando se trata de una transferencia negativa o de una positiva de mociones eróticas reprimidas. Una vez que se cancela la transferencia (se vuelve conciente) se desligan del médico tales sentimientos hostiles y eróticos. Por otra parte, el componente susceptible de conciencia subsiste y es el portador del éxito, ya que permite el análisis de la resistencia (Freud, 1912).

Freud (1914), en su escrito *Recordar, repetir y reelaborar* menciona que “El analizado no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo repite, sin saber, desde luego, que lo hace” (p. 152). En este sentido, lo que el analizado repite, lo hace sobre la persona del médico. Menciona que “la transferencia misma es sólo una pieza de repetición, y la repetición es la

transferencia del pasado olvidado” (p.153). Sin embargo, aclara, esta repetición, no es sólo sobre el médico, sino también sobre todos los vínculos de la situación presente.

Durante el tratamiento, el analizado no sólo repite sus inhibiciones, actitudes inviables (en lugar de recordar), sino también repite sus síntomas, por lo que se debe tratar a su enfermedad como un poder actual, cuyo trabajo terapéutico conduce hacia el pasado, de manera que se apunte a una reconciliación con aquello reprimido. “Por último, las acciones del paciente fuera de la transferencia pueden conllevar pasajeros perjuicios para su vida, o aun ser escogidas de modo que desvaloricen duraderamente las perspectivas de salud” (Freud, 1914, p.154)

Para evitar los prejuicios que le causarían las acciones de repetición, es necesario llevar al enfermo al compromiso de no tomar, durante el tratamiento, ninguna decisión de importancia vital, sino que espere hasta el momento de la cura. Cuando la ligazón transferencial se ha establecido, el tratamiento puede lograr impedir que el analizado tome estas acciones. En este sentido, si el analizado consigue recordar algo que hubiese descargado por medio de una acción, el analista lo considera triunfo de la cura (Freud, 1914). Dicho lo anterior, “el principal recurso para domeñar la compulsión de repetición del paciente, y trasformarla en un motivo para el recordar, reside en el manejo de la transferencia” (p.156).

La transferencia se supera cuando se le demuestra al enfermo que sus afectos no provienen de la situación presente ni hacia la persona del médico, sino que son repeticiones de lo que atravesó anteriormente, de forma que se lo fuerza a llevar la repetición en recuerdo. De esta manera, la transferencia (tierna u hostil) que constituía una amenaza para la cura, se transforma en su mejor instrumento (Freud, 1917).

Expresado lo anterior, Freud aclara que cuando la cura se apodera del enfermo, la enfermedad no es algo terminado. Es decir, se produce toda una nueva enfermedad que se concentra en la relación con el médico, de forma que el trabajo con los recuerdos quedan

relegados. En otras palabras, se crea una nueva neurosis, a la que llamó *neurosis de transferencia*. En ella, el analista está situado como objeto. La transferencia, en este sentido, tiene un papel de gran importancia en la cura.

Con sólo el hecho de que el paciente respete las condiciones del tratamiento, la regla fundamental, en casi todos los casos, los síntomas de la enfermedad adquieren un nuevo significado transferencial, sustituyendo la neurosis ordinaria por una neurosis de transferencia, de la que puede ser curado (Freud, 1914). “La transferencia crea así un reino intermedio entre la enfermedad y la vida, en virtud del cual se cumple el tránsito de aquella a esta” (p.156).

A partir del vencimiento de las resistencias, las reacciones de repetición en la transferencia, se despiertan en recuerdos con mayor facilidad. Para vencer una resistencia, es necesario primero descubrirla y comunicársela al analizado. Es muy importante darle tiempo para que pueda reelaborar tal resistencia. En cuanto a la *reelaboración* de las resistencias, dice Freud (1914):

Es la pieza del trabajo que produce el máximo efecto alterador sobre el paciente y que distingue al tratamiento analítico de todo influjo sugestivo. En teoría se la puede equiparar a la «abreacción» de los montos de afecto estrangulados por la represión, abreacción sin la cual el tratamiento hipnótico permanece infructuoso. (p.157)

Por otra parte Freud (1925) menciona que tanto el psicoanálisis como otros métodos psicoterapéuticos trabajan con el recurso de la sugestión. Sin embargo, la diferencia es que el psicoanálisis utiliza a la sugestión para que el enfermo supere, mediante un esfuerzo psíquico, las resistencias transferenciales.

El analista torna conciente al enfermo de su transferencia, y ella es resuelta cuando se lo convence de que en su conducta de transferencia *revivencia* relaciones de sentimiento que descienden de sus más tempranas investiduras de objeto,

provenientes del período reprimido de su infancia. Mediante esa vuelta (Wendung), la transferencia, que era el arma más poderosa de la resistencia, pasa a ser el mejor instrumento de la cura analítica. De todos modos, su manejo es la parte más difícil, así como la más importante, de la técnica analítica. (Freud, 1925, p.40)

Lacan (1964) comenta que el análisis de la transferencia, no significa que sin analista no hay efectos de transferencia, sino que permite un modelo experimental que encuentra sus fundamentos estructurales.

### **Transferencia para Lacan**

Lacan (1951) en *Intervención sobre la transferencia*, describe la transferencia en términos dialécticos. Expresa que el sujeto se constituye por un discurso y la experiencia psicoanalítica se desarrolla entre sujeto y sujeto, donde la mera presencia del analista aporta la dimensión del diálogo. De este modo, “el psicoanálisis es una experiencia dialéctica, y esta noción debe prevalecer cuando se plantea la cuestión de la naturaleza de la transferencia” (p.205).

Agrega que “la transferencia no remite a ninguna propiedad misteriosa de la afectividad, e incluso cuando se delata bajo un aspecto de emoción, ésta no toma su sentido sino en función del momento dialéctico en que se produce” (Lacan, 1951, p.215). Por lo tanto, se puede decir que las emociones que aparecen en el análisis, son producto de la intersubjetividad.

También, Lacan (1951) afirma que la transferencia tiene un sentido de orientación para el analista, quien debe asumir una posición que apunte hacia la “ortodramatización de la subjetividad del paciente” (p.215).

En el *seminario I*, Lacan (1953-1954), considera a la transferencia como un acto de habla. “Cada vez que un hombre le habla a otro de un modo auténtico y pleno hay, en el

verdadero sentido, transferencia, transferencia simbólica - algo que tiene lugar y que cambia la naturaleza de los seres presentes” (Lacan, 1953-1954, p.170).

En el *seminario 2*, Lacan (1954-1955) expresa que para definir la transferencia, es preciso partir de su función creadora y fundadora de la palabra plena. “En la experiencia captamos la transferencia tras diferentes aspectos, psicológicos, personales, interpersonales: se produce de manera imperfecta, refractada, desacelerada. Sin una radical toma de posición acerca de la función de la palabra, la transferencia es pura y simplemente inconcebible” (p.60).

Más adelante, para explicar lo que se pone en juego en la transferencia, Lacan (1958) realiza la siguiente comparación “No se podría razonar a partir de lo que el analizado hace soportar de sus fantasías a la persona del analista, como a partir de lo que un jugador ideal suputa de las intenciones de su adversario” (p.569). Es decir, lo que el analizado atribuye al ser del analista, determina el alcance de las interpretaciones. “Es como proveniente del Otro de la transferencia, como la palabra del analista será escuchada” (Lacan, 1958, p.571).

Lacan (1960-1961) a partir la concepción de Freud de la transferencia descrita como espontánea, vinculada al pasado y manejable a través de la interpretación, agrega que la misma, es “permeable a la acción de la palabra” (p.201). Es decir, en el mismo momento en que se descubre la transferencia, se descubre que la palabra tiene efecto. Por lo tanto, el término de transferencia “está determinado por la función que tiene en una praxis. Este concepto rige la manera de tratar a los pacientes. A la inversa, la manera de tratarlos rige al concepto” (Lacan, 1964, p.130).

Para Lacan (1960-1961), la presencia del pasado es la realidad de la transferencia pero, más que una simple presencia pasiva, es una *presencia en acto*, una reproducción. “Si la reproducción es una reproducción en acto, entonces hay en la manifestación de la transferencia algo creador” (p.202).

Por lo tanto, la transferencia aparece como fuente de ficción debido a que en la misma, “el sujeto fabrica, construye algo” (p. 203), de forma que aparece una creación, un fenómeno que se construye y se dirige a un gran Otro. La transferencia se manifiesta en la relación con alguien a quien se le dirige, a quien se le habla. Entonces, lo constitutivo de la transferencia, es que se manifiesta para que alguien escuche aquello que el sujeto construye.

Todo lo que sabemos del inconsciente desde el principio, a partir del sueño, nos indica que hay fenómenos psíquicos que se producen, se desarrollan, se construyen para ser escuchados, por lo tanto, precisamente, por este Otro que está ahí aunque no se sepa. Aunque no se sepa que están ahí para ser escuchados, están ahí para ser escuchados, y para ser escuchados por un Otro. (Lacan, 1960-1961, p.203)

La transferencia brinda el acceso al inconsciente, a lo indeterminado del sujeto. También, puede decirse que estructura las relaciones con ese otro (el analista), donde tiene un gran valor los pensamientos que giran alrededor de esa relación. El punto de aparición de la transferencia, entonces, aparece en la transmisión de poderes del sujeto al gran Otro, el lugar de la palabra, de la verdad (Lacan, 1964).

### **Sujeto supuesto Saber y deseo del analista**

González (2016) toma a Lacan, quien define la transferencia a partir del Sujeto supuesto Saber y del deseo del analista. Lacan (1961-1962) refiere que el *saber* es intersubjetivo. No se trata de que es el saber de todos, sino que es saber del Otro, entendiendo al Otro no como un sujeto sino como un *lugar* al cual uno se esfuerza. En este sentido, “el Otro es el vertedero de los representantes representativos de esa suposición de saber, y es esto que nosotros llamamos el inconsciente, en tanto que el sujeto se ha perdido él mismo en esa suposición de saber” (p.20).

Lacan (1967) define al Sujeto supuesto Saber como “el pivote desde el que se articula todo lo tocante a la transferencia” (Lacan, 1967, p.309). Este saber se trata de un saber inconsciente y es el soporte de la transferencia, el cual ubica del lado del analizante.

Se ve que si el psicoanálisis consiste en el mantenimiento de una situación convenida entre dos partenaires que se asumen en ella como el psicoanalizante y el psicoanalista, sólo podría desarrollarse a costa del constituyente ternario que es el significante introducido en el discurso que se instaure, el cual tiene nombre: el sujeto supuesto al saber, formación, no de artificio sino de vena, desprendida del psicoanalizante.

(Lacan, 1967, p. 310)

Se puede decir que, si en alguna parte hay el Sujeto supuesto Saber, hay transferencia. La cuestión es dónde se ubica, para cada sujeto, ese saber. Cuando esta función se encarna en alguien (sea analista o no) la transferencia, desde ese momento, ya está fundada (Lacan, 1964). “Es la suposición por el analizante de un sujeto que sabe lo que inicia el proceso analítico, y no el saber que tiene realmente el analista” (Evans, 1999, p.185). En este punto, se puede decir que el Sujeto supuesto Saber no designa al analista mismo, sino a una función que encarna en la cura.

La suposición de que el analista es alguien que sabe acerca del sentido de las palabras del analizante, indica que la transferencia se ha establecido. El fin del análisis se determina cuando cae esta posición de saber que el analizante le atribuye al analista. Sin embargo, el analista no debe dejarse engañar por este saber presupuesto y comprender que en realidad, no sabe nada (Evans, 1999).

Sin embargo, el hecho de que el sustento principal del proceso analítico sea un saber supuesto, y no el saber que realmente tiene el analista, no significa que éste pueda contentarse con no saber nada; por el contrario, dice Lacan que los analistas tienen

que emular a Freud y convenirse en expertos en cuestiones culturales, literarias y lingüísticas. (Evans, 1999, p.185)

A través de la regla fundamental, el analista instituye al analizante como un Sujeto supuesto Saber (Evans, 1999).

Por otra parte, el deseo del analista surge como crítica al fenómeno de la contratransferencia sostenido por los postfreudianos (González, 2016). Una forma de entender el deseo del analista, tiene que ver con el deseo que el analizante le supone al analista. En otras palabras, el analizante no sólo le atribuye un saber al analista, sino también un deseo. Por ende, el analista es también un “sujeto que se supone que desea” (Evans, 1999, p.69), expresión que no alude al deseo real de la psique del analista, sino al deseo que el analizante le atribuye.

En el curso de la cura, la tarea del analista consiste en hacer imposible que el analizante esté seguro de saber qué es lo que el analista quiere de él; el analista debe asegurarse de que su deseo “siga siendo una x” para el analizante (Lacan, 1964, p. 282).

Este deseo supuesto al analista se convierte en la fuerza impulsora del trabajo analítico. Así, el analista queda ubicado como el deseo del Otro y emerge bajo transferencia, el fantasma fundamental del sujeto (Evans, 1999).

A todo lo que excluye el valor, la subjetividad o la demanda, Lacan lo llama deseo del analista, y que se define más específicamente por la abstinencia. El deseo del analista es un deseo abstinentes de toda formulación valorativa, que, a veces, se expresa nada más que en una pregunta. (Chamorro, 2004, p.21)

Otra manera de entender este concepto es en relación al deseo que mueve al analista a la forma de dirigir la cura, lo cual no tiene que ver con “hacer bien” o “curar”(Evans, 1999). Tampoco se relaciona con promover una identificación con el analista (Lacan, 1964), sino

que lo que propone Lacan (1967) es ser analista en términos de una función (indicación para los analistas, más que del lugar del analizante). Así, refiere que el deseo del psicoanalista es la enunciación del sujeto.

Por otra parte, Belucci (2014) expresa que el deseo del analista es aquello que funda y sostiene el campo de la transferencia y pretende direccionar la cura hasta un final posible, es decir, que se escriba ante lo real un modo de hacer, siempre singular: una respuesta inédita. Es justamente en la transferencia, el lugar en donde se escribe la respuesta posible ante el real. “La transferencia es, lisa y llanamente, lo que responde al deseo del analista” (p.1).

### **La transferencia en la psicosis**

Una vez descrita la psicosis por un lado, y la transferencia por otro (tanto para Freud como para Lacan), a continuación se desarrollará puntualmente cómo se manifiesta la transferencia en los sujetos con psicosis, las maniobras en la transferencia y la posición que conviene, asuma el analista.

Por largo tiempo, las neurosis fueron el primer y único objeto del análisis, debido a que los analistas excluían el estudio médico de las psicosis (y el de las enfermedades nerviosas) por falta de perspectivas terapéuticas. Por lo tanto, la doctrina de la neurosis constituye un puntapié para la psiquiatría (Freud, 1925). En cuanto al tratamiento de las psicosis Freud (1917), en su *Conferencia 28 la transferencia*, refiere que es imposible cancelar una sola resistencia o represión en pacientes paranoicos, melancólicos y en los aquejados de *dementia praecox*. No por falta de inteligencia, sino porque permanecen inmunes al tratamiento psicoanalítico.

En relación a lo anterior, cabe destacar que en la transferencia se discierne aquello que los hipnotizadores denominaron «sugestionabilidad». Cuando este factor dinámico falta o se vuelve completamente negativo, no hay posibilidad de ejercer influencia psíquica sobre el

enfermo. En la psicosis aflora, de manera visible, aquello que en la neurosis se encuentra profundamente mediante un arduo trabajo (Freud, 1925).

En otras palabras, quienes resignaron la investidura de objeto por libido yoica (es decir quienes adolecen de neurosis narcisista), no presentan la capacidad de transferencia o esta es insuficiente. En ese sentido, no es posible influir en ellos, ya que rechazan al médico con indiferencia, permanecen tal cual son, es decir, no les produce ninguna impresión. Por esta razón se vuelve inaplicable el mecanismo de curación aplicado en otros: renovación del conflicto patógeno y superación de la resistencia de la represión. En general, ya han emprendido intentos de curación por cuenta propia, obteniendo resultados patológicos. Por lo tanto no se puede curar a estos enfermos, ya que son inaccesibles para el empeño analítico (Freud, 1917). Sin embargo, “se ofrecen numerosas vías de acceso. A menudo la transferencia no está ausente de manera tan completa que no se pueda avanzar cierto tramo con ella” (Freud, 1925, p.56).

Freud (1940 [1938]) en *Esquema del psicoanálisis* dice lo siguiente:

Para que el yo del enfermo sea un aliado valioso en nuestro trabajo común tiene que conservar desafiando toda la apretura a que lo someten los poderes enemigos de él, cierto grado de coherencia, alguna intelección para las demandas de la realidad efectiva. Pero no se puede esperar eso del yo del psicótico, incapaz de cumplir un pacto así, y apenas de concertarlo. Pronto habrá arrojado a nuestra persona y el auxilio que le ofrecemos a los sectores del mundo exterior que ya no significan nada para él. Discernimos, pues, que se nos impone la renuncia a ensayar nuestro plan curativo en el caso del psicótico. Y esa renuncia puede ser definitiva o sólo temporaria, hasta que hallemos otro plan más idóneo para él. (p.174)

Más adelante, Lacan retoma los intentos de solución freudianos respecto al problema de las psicosis y reformula la cuestión, lo cual permitió despejar las aporías en este tema

(Belucci, 2009). “No sólo afirma Lacan la existencia de una transferencia en las psicosis, sino que todo lo desplegado sobre la «cuestión preliminar» sirve precisamente para dar cuenta de su estructura y pensar allí la posición del analista” (Belucci, 2009, p.132).

Fridman (2009) cita a Soler diciendo que muchas veces, en la transferencia, la relación imaginaria del sujeto psicótico con la madre, se sostiene con el analista. Es decir, el analista opera como soporte imaginario de la restitución al Otro. Estos tratamientos pueden durar décadas y no se vislumbra un final posible.

La conceptualización de la transferencia a partir del Sujeto supuesto Saber, presenta particularidades en la psicosis. Esto se debe a que el psicótico no le supone un saber al analista, sino que se maneja mediante certezas (Granados, 2017). Amigone (2019) toma a (Leibson, 2013) para decir que la piedra basal de la transferencia en la psicosis es la *certeza*, que aparece en lo real y que se le impone al sujeto, ya que arma a su alrededor todo el sistema significativo, del cual el analista forma parte.

La metáfora esencial que da al deseo del Otro su significante primordial (el significante falo), no se produce en la psicosis. Por lo tanto, el sujeto instituye en el Otro aquel deseo que no se ha establecido a nivel simbólico (Lacan, 1957-1958).

“La transferencia en las psicosis es una función de *terceridad*, que opera en acto una separación del Otro y apunta a que se sostenga más allá” (Belucci, 2014, p.4). En este sentido, determinados objetos funcionan como medios para que se instale la transferencia, es decir, son elementos posibles que funcionan como terceridad en la transferencia. Estos objetos pueden ser tanto materiales, como abstractos (de intereses compartidos, por ejemplo).

Zenoni (2021) expresa que la transferencia en la psicosis no es más pasional, emocionada o exagerada que en la neurosis, sino que se trata de una transferencia de estructura diferente. En la neurosis, el sujeto le supone un saber al Otro. En cambio en la psicosis, el saber o querer del Otro se impone, como dirigido al sujeto. Por lo tanto, la

transferencia está presente en la psicosis, pero supone una *inversión* de la suposición, una inversión estructural del lugar del objeto. Es decir, “El sujeto deviene objeto de un Otro del que escapa, confronta o se defiende produciendo rupturas a nivel del lazo social” (Tejo, 2021, p.186)

Por lo tanto en la psicosis, “el sujeto recibe su mensaje del otro en forma invertida. La palabra plena, esencial, la palabra comprometida, está fundada en esta estructura” (Lacan, 1955-1956, p.57). Por ello, el sujeto psicótico se ubica como causa primera del interés del Otro: es el Otro quien está inclinado a amarlo o quien le supone ser su objeto. “En la psicosis, la transferencia es una puesta en acto, con la diferencia de que la estructura de lo que se pone en acto está invertido” (Zenoni, 2021, p.239).

### **Psicosis de transferencia**

Se puede definir a la *psicosis transferencial* como un tipo de transferencia en donde el paciente tiende a englobar al analista en su temática delirante, de manera que impide o distorsiona la relación entre ambos. También se la puede denominar *transferencia delirante* y se caracteriza por ser intensa, frágil, ávida, impetuosa, tímida e intolerante a la frustración (Erroteta, 2009). En otras palabras, “es el modo de reconversión de los síntomas psicóticos durante el tratamiento psicoanalítico para lograr allí su modo de expresión y se describe como intensa, primitiva, voraz, simbiótica y masiva” (p.69).

Se pueden describir cuatro tipos de psicosis transferencial que pueden aparecer en un momento u otro del tratamiento. El primero consiste en una situación donde el sujeto psicótico confunde al terapeuta con otras relaciones objetales. La segunda variedad refiere a momentos en donde se establece cierta neurosis transferencial pero la misma se encuentra amenazada. La tercera posibilidad de psicosis transferencial se manifiesta en casos en donde el sujeto intenta “ayudar” de manera omnipotente al terapeuta (a quien percibe como una persona con capacidad limitada) y convertirse así en un objeto separado y total. Trata de

averiguar qué piensa el analista sobre las personas y hechos relacionados con él. En la última variante el sujeto intenta anular destructivamente el vínculo transferencial con el terapeuta (Erroteta, 2009).

### **Persecución y erotomanía**

Existe una tendencia, en la transferencia de sujetos con psicosis, hacia la persecución y hacia la erotomanía. En cuanto a la dimensión persecutoria, se puede decir que el sujeto queda expuesto ante un Otro absoluto, con totalización del saber y del goce. Es decir, cuando aquel que encarna al Otro se presenta sin falta, ese Otro adquiere un carácter persecutorio para el sujeto psicótico. En otras palabras, si el analista se ubica en la posición de saber absoluto, corre el riesgo de volverse persecutorio. Sin embargo, cierta tonalidad persecutoria suele aparecer en algunos momentos transferenciales (Belucci, 2014).

En la erotomanía en cambio, el sujeto se ve llamado a colmar con su ser una falta que traduce en el Otro. Es decir, el psicótico presupone que su ser es aquello que le falta al Otro (Belucci, 2014). “Si el analista queda ubicado aquí, será quien encarnará, para el sujeto, aquel que lo ama y lo necesita” (Amigone, 2019, p.69).

Por otra parte, en palabras de Zenoni (2021):

No es necesario que el sujeto declare que el Otro lo ama para estar en un contexto erotomaniaco. A nivel del fenómeno, el sujeto puede muy bien declarar que ama al Otro. Pero, a nivel de la estructura, este amor se basa en la certeza de ser el objeto del que el Otro no puede prescindir, ser el objeto que anima al Otro. (p.246)

Siguiendo lo anterior, la estructura de la transferencia erotomaniaca se pone de manifiesto no sólo en los comportamientos exhibicionistas delirantes, sino también en pasajes al acto discretos, irreprimibles, e incluso enigmáticos para el propio sujeto (Zenoni, 2021).

La demanda de amor dirigida al Otro supone que en el Otro reside aquello que le falta en la vida del sujeto. Ahora bien, en la psicosis, no se trata de una demanda de amor, sino de

una *respuesta al amor*, tomando al amor como las diversas formas que presenta el deseo del Otro (Zenoni, 2021).

No es como en la neurosis que lo que me falta-mi ser-, se encuentra en el Otro, en su deseo. Al contrario, es el ser del sujeto psicótico lo que le falta al Otro. Entonces, la “respuesta a la transferencia” en la psicosis es, en primer lugar, una respuesta a lo que el Otro quiere del sujeto. (Zenoni, 2021, p. 240)

Basándose en esta inversión, se puede extender la lógica del fenómeno erotomaníaco, a todos los fenómenos transferenciales de la psicosis, debido a que siempre la transferencia en la psicosis supone un Otro que busca y persigue al sujeto, que quiere algo de él. Es decir, ya sea que el Otro adopte alguna u otra forma (de amor, admiración y protección, o de burla, insulto y explotación), el sujeto es el motivo y la causa del Otro. Sea de cualquier forma, el Otro querrá gozar de él a toda costa, teniendo como polo de atracción, de interés, al sujeto (Zenoni, 2021). “A veces, las dos vertientes de la transferencia, la vertiente amorosa y la vertiente persecutoria, se confunden en la misma relación, lo que muestra, una vez más, la identidad de estructura bajo la diversidad de los fenómenos” (p.246).

### **Maniobra de la transferencia en la psicosis**

Ante la condición estructural de la psicosis y la forclusión del significante del Nombre del Padre, Lacan (1957-1958) propone una *maniobra de la transferencia* para el trabajo con sujetos psicóticos. En el manejo de la transferencia, es donde hay que buscar “el secreto del análisis” (Lacan, 1958, p.568). En este sentido se puede decir que “la eficacia de las intervenciones se sostienen en el manejo de la transferencia” (González, 2016, p.314).

Cuando se habla de “maniobra de la transferencia” se entiende que la estructura de la transferencia en la psicosis requiere una modalidad de presencia o intervención (por parte del analista) distinta a la respuesta que se da en la transferencia en la neurosis. En este sentido,

Lacan utiliza la noción de “maniobra” únicamente en el contexto de la psicosis (Zenoni, 2021).

Debido a que “la transferencia es un fenómeno que incluye juntos al sujeto y al psicoanalista” (Lacan, 1964, p. 239), la maniobra de la transferencia es un efecto producto de esa situación analítica y pone de manifiesto la existencia del inconsciente y el trabajo analítico efectuado entre ambos sujetos (Granados, 2017).

“El psicoanalista sin duda dirige la cura. El primer principio de esta cura, el que le deletrean en primer lugar, y que vuelve a encontrar en todas partes en su formación hasta el punto de que se impregna en él, es que no debe dirigir al paciente” (Lacan, 1958, p.566).

En la psicosis, la dirección de la cura propicia el soporte de un real desencadenado, a través de la invención o construcción del sujeto psicótico (Fridman, 2009, p.203). De esta manera, algunas maniobras del analista acotan el goce, en función de la Ley paterna (Amigone, 2019). Es lo que Soler (1992) denomina como “orientación del goce”.

En ocasiones, el analista es tomado en la trama de los delirios o alucinaciones del paciente, por lo que se debe estar atento para evitar perjudicar el tratamiento. En este sentido, “resulta imprescindible que el analista pueda soportar lo que la transferencia genera, para desde allí poder maniobrar” (Amigone, 2019, p.69).

Es preciso una maniobra de la transferencia cuando surge la erotomanía o la persecución, fenómenos particulares de la transferencia en la psicosis. La maniobra de la transferencia puede pensarse como una operación que evita o desvía el intento del sujeto psicótico de completar al Otro, de forma que posibilite un vacío donde pueda inventar una solución frente a la carencia en el plano simbólico. En otras palabras, que permita una suplencia ante la falta del significante del Nombre del Padre (Granados, 2017).

Tal como se mencionó anteriormente, la estructura de la transferencia en la psicosis implica una inversión del lugar del objeto. En este sentido, no se trata de una pregunta sino de

una certeza, certeza de ser el objeto del Otro, ya sea que esto halague o amenace al sujeto.

“Por lo tanto la maniobra del terapeuta se tiene que ordenar teniendo en cuenta esta diferencia de localización del objeto de la transferencia” (Zenoni, p.249)

El concepto de maniobra de la transferencia tiene que tener en cuenta la inversión de la demanda de la transferencia en la psicosis, es decir, no puede ignorar dicha inversión de la relación libidinal al Otro. El primer objetivo consiste en tratar la propia transferencia del analista, es decir, que pueda distinguirse del Otro supuesto al ser del sujeto. Por lo tanto, el analista debe apartarse de la intención de agradar o de ser simpático, con la pretensión de desinflar al Otro del sujeto (Zenoni, 2021).

También la maniobra de la transferencia en la psicosis, consiste en una práctica de la palabra: apartar el sobreentendido, la alusión o lo implícito. Es decir, consiste en separar la dimensión del “más allá” de lo que se dice. Esto implica dejar de lado las interpretaciones de la verdad del sujeto, es decir, abandonar todo apoyo a la dimensión de “comprensión” (Zenoni, 2021).

Zenoni (2021) expresa que el registro del “sentido” remite a una dimensión sin límites, sin punto de detención, lo cual puede volverse amenazador en la psicosis. Por lo tanto, la maniobra de la transferencia implica apaciguar las prácticas que busquen “el sentido” o el “poner en palabras”. Esto se debe a que lo simbólico, en la psicosis, comporta en sí mismo un aspecto de real. “Dejar hablar o hacer hablar indefinidamente del goce o de la violencia de que ha sido objeto el sujeto, o incluso la que ha ejercido el mismo, no tiene como efecto anular ese goce o esa violencia, sino, de una manera u otra, mantenerlo” (p.254).

Frente a la erotomanía, es preciso que el analista no se muestre demasiado interesado en el sujeto y que tenga un trato respetuosamente amable pero con cierto matiz de frialdad, que indique que el analista se encuentra allí para una determinada función. En otras palabras,

se trata de una distancia necesaria que muestre que la falta del analista no podría colmarse a través del ser del sujeto (Belucci, 2014).

### **Posición del analista en la psicosis**

La dirección de la cura en la psicosis se aplica, de algún modo, a contramarcha del curso de tratamiento en la neurosis. Es decir en la neurosis, se apunta a despojar al yo de las identificaciones imaginarias o significantes sintomáticos. En cambio en la psicosis, esta dirección puede hacer correr el riesgo de desarmar el trabajo que hace el sujeto con respecto a lo real. Por lo tanto, la posición que adopte el analista, debe ser diferente ante la psicosis y la neurosis (Fridman, 2009).

Lacan propone no retroceder ante las psicosis y se ocupa de definir la posición que conviene asumir respecto de la estructura. En este sentido, rechaza cualquier posición intuitiva o ecléctica ante la misma, de manera que “no hay tratamiento posible de las psicosis sin una determinación rigurosa de la posición en la estructura” (Belucci, 2009, p.95).

Lacan (1955-1956) a partir del estudio de la condición estructural en la psicosis, propone que el analista adopte la posición de *secretario del alienado*. “Aparentemente nos contentaremos con hacer de secretarios del alienado” (p.296). Además, el analista no solo debe ser el secretario del psicótico, sino que también, debe tomar su relato al pie de la letra (lo cual siempre se trató de evitar), es decir *escuchar* al sujeto.

El secretario es quien escribe, ordena y guarda los secretos de los sucesos cotidianos del alienado, distinguiendo lo relevante de lo accesorio. No se trata de una función pasiva, sino de escucha y ordenamiento, que opera como función de aquello que no se produce en la estructura. Es decir, el secretario escribe lo que no se produce en la estructura del sujeto psicótico, con el cuidado de no ubicarse en el lugar de perseguidor ni perseguido, tampoco convalidando absolutamente su delirio. Escuchar la trama delirante implica ofrecer un espacio para la invención del sujeto y escuchar de qué se trata, sin refutar pero tampoco sin

consentir, lo cual permite un lugar distinto. Es decir, se trata de crear un espacio donde eso pueda ser dicho y escuchado (Fridman, 2009).

Una manera de posicionarse es “poner el acento en la noción de instrumento, es decir, en un modo de presencia que evoque el uso que el sujeto puede hacer del instrumento, más que en el especialista o el líder del juego” (Zenoni, 2021, p.255), lo cual evita situar al sujeto como objeto de un proyecto o programa. Tal posición no implica la indiferencia sino una forma de acoger, reconocer y sostener, con el objetivo de aliviar la obligación ilimitada de comprender, a la que puede estar sometido el sujeto.

Cuando el analista se ubica en la posición de secretario-testigo-asistente y pone entre paréntesis su deseo personal, el sujeto puede dirigirse al analista sin percibir una “segunda intención”. De esta manera puede surgir otra transferencia *del lado del sujeto*, en donde la dimensión de aquello que lo solicita como “respuesta de lo real” esté ausente o reducida (Zenoni, 2021).

La posición del analista como semejante, instituye algún imaginario como sostén. Se trata de que el analista no convalide ni recuse los delirios y alucinaciones del sujeto, actuando de esta forma como barrera al goce invasivo del Otro. De esta manera, mediante el goce vaciado, es posible establecer un lazo. En este sentido, la charla es el modo privilegiado de esta vertiente transferencial (Belucci, 2014). Cada intervención del analista debe ser desde una posición que aloje al sujeto, sin validar ni negar lo que dice (Amigone, 2019).

Chamorro (2004) expresa que el analista no debe ubicarse en posición de amo (quien tiene el saber y el que define qué es salud y enfermedad), sino que debe ubicarse en esta posición de escucha, que tampoco implica quedarse callado, sino realizar construcciones a partir de dejar hablar al sujeto psicótico, y que el analista se interese en lo que dice. Por lo tanto, se puede hacer la siguiente diferenciación: “En el campo de las neurosis, el instrumento

principal es la interpretación; y en el campo de la psicosis, la construcción” (p.14). Por ello, Soler (1992) expresa que “solo se interpreta el goce reprimido” (p.9).

Por otra parte, Amigone (2019) afirma “La posición del analista que debe ser la de apertura, de alojamiento del padecer con el que el sujeto acude. Debe habilitar un lugar para ser testigo o secretario del registro de aquello que el sujeto dice, de manera que ordene y acote su goce, considerando “las posiciones propiamente subjetivas del enfermo”, sin descuidar su singularidad” (p.69). En otras palabras, la dirección de la cura requiere una posición especial de apertura por parte del analista. En determinados momentos de desconcierto del tratamiento, se hace necesario poder soportar ese *no saber* del tratamiento y esperar hasta que aparezca un indicio sobre la peculiaridad de su real y alguna orientación posible. En este sentido, las intervenciones a priori, no resultan eficaces (Belucci, 2014).

En suma, podría decirse, el psicótico es un mártir del inconsciente, dando al término mártir su sentido: ser testigo. Se trata de un testimonio abierto. El neurótico también es un testigo de la existencia del inconsciente, da un testimonio encubierto que hay que descifrar. El psicótico, en el sentido en que es, en una primera aproximación, testigo abierto, parece fijado, inmovilizado, en una posición que lo deja incapacitado para restaurar auténticamente el sentido de aquello de lo que da fe, y de compartirlo en el discurso de los otros. (Lacan, 1955-1956 p.190)

La escucha individual de un sujeto psicótico no es el único dispositivo para ejecutar la función del secretario, hay toda una serie de dispositivos posibles. Ubicarse en esta posición requiere respeto por la posición subjetiva y discurso del paciente (Fridman, 2009). Es decir, el analista debe sumirse por completo a la posición subjetiva del sujeto (Lacan, 1958).

Siguiendo lo anterior, Castro (2023) advierte que el analista no debe ocupar un lugar oracular en la transferencia. También alude a que el sujeto psicótico tiene el saber respecto de lo real, sin mediación simbólica. Es decir, el significante que retorna desde lo real, lo señala,

lo concierne y le promueve una certeza de saber, en donde su significado será construido en el tratamiento. La posición señalada del analista le garantiza que pueda recibir el testimonio del psicótico, lo que le permite al sujeto reparar de forma singular el vacío del agujero forclusivo y de esta forma es posible que elabore una nueva versión de su vínculo con la realidad.

Si se le dice a todo que sí, volvemos a la escucha impotente. Hay un no en el horizonte que opera la posición del analista; aunque se le sigue la corriente en el sentido, se lo acompaña en su discurso, sosteniendo al sujeto algo de su certeza, y sólo eliminando el elemento descompensador de esa certeza. Estamos allí tratando de discernir el sujeto. (Chamorro, 2004, p.15)

Por lo tanto, es importante considerar el “no” del analista como un modo de poner límite a la emergencia del goce, no como un sometimiento, sino para que habilite un goce más pacificado (Fridman, 2009).

Belucci (2014) cita a Aulagnier, quien denomina el lugar de “*escuchante*” como la posición que toma el analista ante la palabra del sujeto y los efectos de esta escucha. En este sentido, el testimonio o la palabra del sujeto pueden considerarse como el elemento tercero que organiza el campo transferencial.

Resulta de gran importancia considerar la posición que ocupa el analista en relación a lo que quiere el analizado, su deseo constitutivo, aquello con lo que se mete en el análisis (Lacan, 1960-1961), ya que “la posición del analista determina la maniobra de la transferencia y posibilita un tratamiento” (Granados, 2017, p.45).

### **Acerca de la contratransferencia**

Siendo la transferencia la noción principal de esta investigación, es necesario aludir al concepto de contratransferencia y ubicar qué sucede en el trabajo con sujetos psicóticos, de manera general.

Freud (1910) expresa que la contratransferencia “se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconciente” (p.136), de manera que exige al analista el discernimiento y dominio de la misma. En otras palabras, propone que el psicoanalista inicie su actividad con autoanálisis de los propios complejos y resistencias, y lo profundice sin interrupción a lo largo del trabajo con los enfermos.

En relación a lo anterior, Lacan (1960-1961) expresa que la opinión más común sobre la contratransferencia, es que aquello no analizado, en representación del inconsciente de la persona del analista, resulta nocivo en la práctica: intervenciones fallidas o erróneas, no reconocimientos, inoportunidad de alguna otra intervención. El mismo autor insiste en la necesidad de un análisis didáctico. En este sentido, “si algo se convierte en la fuente de respuestas no controladas y, sobre todo, respuestas a ciegas, es porque algo ha permanecido en la sombra” (p.210).

“Primero se han identificado los sentimientos, digamos, a grandes rasgos, negativos o positivos, que el analista puede tener respecto a su paciente, con los efectos que en él tiene una reducción no completa de la temática de su propio inconsciente” (Lacan, 1960-1961, p.213). Es decir, el autor refiere que es imposible que la elucidación del inconsciente deje por fuera las pasiones del analista. Por más lejos que se lleve un análisis, nadie alcanza elucidar de manera exhaustiva el inconsciente. A partir de ello, propone una posición que exige cierta apatía e insensibilidad, tanto frente a las seducciones como a las sevicias. “Cuanto más analizado esté el analista, más posible será que esté francamente enamorado o francamente en estado de aversión o de repulsión, bajo las modalidades más elementales de la relación de los cuerpos entre ellos, respecto a su partenaire” (Lacan, 1960-1961, p.214).

Por otra parte, Lacan (1960-1961) hace referencia que el analista tiene un partenaire, su yo se ubica en el mismo lugar que el del analizado, quien debe encontrar la verdad del

Otro con mayúscula del analista. De esta forma, el analista es quien debe ayudar al sujeto a encontrar qué hay en el juego de su partenaire.

Desde hace algún tiempo, se admite efectivamente en la práctica que el analista ha de tener en cuenta, en su información y en su maniobra, los sentimientos, no que él inspira, sino que experimenta en el análisis, es decir, lo que se llama su contratransferencia. (Lacan, 1960-1961, p.217)

Lacan (1960,1961) critica a la contratransferencia propuesta por Freud, expresando que la misma es de igual naturaleza que la transferencia y opuesta al automatismo de repetición (sentimientos positivos o negativos del analizado respecto del analista). Lacan, en cambio, expresa que en la contratransferencia pueden surgir otros sentimientos como depresión, desinterés, desafectación, desafección.

El efecto de contratransferencia es “normal” cuando la introyección, por parte del analista, del discurso del analizado, es perfectamente comprendida, es decir, cuando el analista no presenta dificultades en la orientación de tal introyección y ni siquiera hace uso de ella. Por otra parte, la proyección que hace el analizado sobre el analista, no debiera afectarle a este último. Por ende, se produce una desviación de la contratransferencia normal cuando el analista no comprende o se ve afectado (Lacan, 1960-1961).

Un efecto legítimo de la transferencia es que el analista se ve implicado en la posición de ser quien contiene el *ágalma*, es decir, el objeto fundamental que se pone en juego en el análisis, el cual está condicionado por el fantasma fundamental del sujeto, aquello que instaura el lugar donde puede fijarse como deseo. Sin embargo, no es preciso que el analista haga intervenir la contratransferencia, no se trata de que comprenda o no. Aún más, no se requiere de una excesiva comprensión, sino al contrario, el analista siempre debe poner en duda lo que comprende. Sólo en la medida en que sabe qué es el deseo, pero no lo que el

sujeto desea, está en posición de contener en él, el objeto de dicho deseo: el *ágalma* (Lacan, 1960-1961).

La *angustia* es la principal y más generalizada manifestación contratransferencial en el trabajo con sujetos psicóticos, lo que da lugar a diferentes defensas. En algunas ocasiones, el analista siente una sobre preocupación por los pacientes, de forma que ocupan un lugar en su espacio interno. En otras ocasiones, sucede por hiperprotección que el analista tiene la convicción omnipotente de que sólo él puede comprenderlos, lo que puede provocar hostilidad hacia aquellos que intervengan en el tratamiento. En la misma línea también puede suceder que un progreso del paciente se tome como un logro del terapeuta. Es necesario, por lo tanto, desenmascarar esta situación contratransferencial para no poner en peligro la evolución del sujeto (Erroteta, 2009).

### **Concepto de *sinthome* y tratamiento posible en la psicosis**

A continuación, se describirá el concepto de *Sinthome* propuesto por Lacan y un acercamiento al tratamiento posible en la psicosis, a modo de articular los mismos con la dinámica que se pone en juego en los talleres de expresión artística. Finalmente se detallará la estructura que orienta el trabajo en la institución.

Lacan (1975-1976) en su seminario *23 El Sinthome* introduce el concepto de *sinthome* como un cuarto término que anuda los tres registros (Real, Simbólico e Imaginario) sueltos en la estructura. “Se trataría de una función que permite la regulación del goce a partir del ordenamiento de la relación entre los registros, más allá de la estructura subjetiva” (Manfredi, 2018, p.454).

Aquello que la nominación no llega a cernir y que la función del padre como Padre del Nombre no pudo producir, facilita la consistencia del *sinthome* como invención singular del sujeto. El *sinthome* opera como suplencia del Nombre del padre y

sustituye el fracaso de la función Fallo, del padre radicalmente carente. (Manfredi, 2018, p. 452)

“Si la psicosis es el fracaso de ese anudamiento de tres registros, produciendo un efecto de intrusión de un registro sobre otro, la suplencia es un remiendo con la firma de su autor” (Ramírez, 2008, p.6). De manera que, si la suplencia tiene éxito, permite una vida más soportable. En este sentido, “el sinthome es lo que "permite vivir" al proporcionar una organización singular del goce” (Evans, 1997, p.181).

Por otra parte, debido a que el sinthome es un artificio, el arte se convierte en su principal aliado (aunque no es imprescindible que el objeto sea específicamente artístico). De esta manera, el sujeto autor del artificio, se convierte en un artífice de su propia historia (Vetere, 2010, p.486). “El arte es un saber-hacer. Creo que hay más verdad en el decir, que es el arte, que en un cualquier bla-bla-bla” (Lacan, 1977).

Expresado lo anterior, “el tratamiento posible en la psicosis puede pensarse en relación a los diversos modos de hacer con un real, suplencias, siempre singulares, que -forcluída la Ley del Padre- el sujeto produjo o podría producir” (Amigone, 2019, p. 68).

Desde el lugar que incluye al analista en el sinthome, es posible arribar a una invención, un saber-hacer (inédito) con el real que se le impone al sujeto. En este sentido el analista opera en el anudamiento de los tres registros. Puede intervenir de diversos modos: “acompañando al sujeto en sus invenciones, como testigo de aquello que lo perturba, apuntando a equivocarse algo de la certeza que lo habita, e incluso promoviendo la puesta en acto de su deseo (Pereyra, 2016, p.591).

### **Talleres de expresión artística**

La posición subjetiva de la psicosis enseña que hay distintos modos de ser, estar y de hacer lazo social a través de la invención y creación de soluciones particulares. Las instituciones pueden servir y aprender de este saber que circula por fuera de las normas. No

se trata de un saber técnico o conocimiento universitario, sino de un saber singular, que está del lado del sujeto y que le permite habitar recorridos posibles. Para que este saber pueda circular, es preciso darle tiempo y también soportar la transferencia, el vacío, el dolor y la angustia en el trabajo. Para ello es necesario un Otro, una institución que pueda localizar y alojar las invenciones del sujeto (Alber, 2019).

A partir de la generación de una actividad sostenida y reconocida por un otro social, es posible la construcción de un *sinthome* que permita sostener cierta estabilización (Valdebenito, 2008).

Por otra parte, cada institución puede pensarse como un fenómeno discursivo. Alber (2019) toma a Miller para explicarlo:

Cada discurso es un orden. La eficacia del discurso tiene que ver con un cierto automatismo, un ordenamiento. El discurso tiene la capacidad de distribuir una serie de acciones, funciones, series, circuitos, lugares y concatenaciones que se repiten. Lo que se ordena es la relación del sujeto con el sentido. El discurso cumple una función de ordenamiento ante el vacío de significación constitutivo de la estructura del lenguaje. (p.71)

La Ley Nacional de Salud Mental (2010) en su artículo 9, menciona que el proceso de atención se orienta hacia el reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. “En la psicosis hay que ubicar la posibilidad de instauración de un lugar de semblante de lo simbólico” (Fridman, 2009, p.207). Este es un lugar que ordena un punto de anclaje en el Otro, es decir, se obtiene un lugar en el Otro, algo se re-anuda, se apacigua. A lo cual se puede llamar *restituciones simbólicas*, como espacios en donde el sujeto pueda construir, un lazo al Otro. De esta manera, “el analista ofrece en la transferencia la posibilidad de establecer un lazo con el discurso de los otros” (Fridman, 2009, p.202).

La clínica bajo transferencia, ofrece un espacio a las soluciones del paciente. De esta manera, la creación artística puede constituir un punto de anclaje para el sujeto (López, 2019). Lacan (1975-1976) menciona que el saber-hacer “es el Arte, el artificio, lo que da al arte del que uno es capaz un valor notable” (p.2).

La creación artística le permite al sujeto generar el artificio de la falta, como una suplencia del significante forcluido, lo que le permitirá construir una relación con el otro (Valdebenito, 2008). En este sentido dice Lacan (1975-1976) “es su arte el que ha suplido a su sostén fálico” (p.13). Por lo tanto, “saber-hacer es, a la vez, saber-hacer con el objeto de invención y saber-hacer lazo social con ese artificio (Vetere, 2010, p.487).

Según Carrasco (2020) “la creación de objetos artísticos se vuelve un modo en que algunos sujetos consiguen tramitar un encuentro con lo real” (p.5). En este sentido, “el arte en la invención promueve el artificio que anuda el goce a un saber hacer del sujeto, más allá del Otro. Le otorga un nombre, en tanto nomina su singular invención” (Manfredi, 2018, p.452).

### **Algunas coordenadas del funcionamiento de dispositivo taller**

Se puede decir que en la neurosis, está garantizado (por el significante paterno) que hay un real que queda excluido. En cambio en las psicosis, esta operación de extracción de goce no está garantizada a priori (lo cual no significa que no pueda ocurrir), sino que hay que *producirla en acto*. Un modo de producir esta extracción es a través del delirio, es decir, mediante un intento de solución delirante. Ahora bien, en un dispositivo de taller, se cuentan con otros recursos que permiten tal operación. Una estrategia es apostar a que la institución produzca una “ficción escénica” que permita restituir una dimensión del otro, en un otro más amable para el sujeto. Otra forma de extracción de goce consiste en la producción de algún objeto que pueda funcionar en acto (Belucci, 2008).

Siguiendo lo anterior, Belucci (2008) ubica tres coordenadas en el funcionamiento de un espacio de taller. La primera es que en él existe algún tipo de legalidad, tanto institucional

como también reglas de funcionamiento de cada taller (lo cual no quiere decir que no haya flexibilidad, sino que cada taller encuentra un modo de hacer). Frecuentemente, el trabajo preliminar consiste en aclarar y acompañar al psicótico en ese modo de funcionamiento, lo cual no es algo menor para el sujeto. A pesar de que la ley jurídica y las reglas institucionales no equivalen a la ley simbólica, es interesante cómo el sujeto psicótico, en ocasiones, recurre a estas instancias como un recurso frente a la ausencia de la ley simbólica.

La segunda coordenada es que se trata de un dispositivo grupal, distinto a los espacios de tratamiento individual. En este sentido, se relaciona con lo público y se intenta de que, no sólo compartan un tiempo y espacio, sino también, algún tipo de intercambio, que sea posible una circulación en relación al otro.

La última coordenada del dispositivo de taller que propone Belucci (2008), es la operación de producción entendida como acto, distinta a los productos que resultan de esa operación (dibujos, escritos, entre otros). Es decir, en estos espacios suceden dos cosas: por un lado, algo se produce en acto y por otro, de esa operación resulta (no siempre) un producto. En este punto cabe diferenciar entre la materialidad del producto (es decir, el hecho de que “funcione” como objeto) y la extracción de un real (que implica una operación sobre el goce). Por lo tanto, puede suceder: que se produzca un objeto material y con ello se realice una operación sobre el goce; que se cree un objeto sin que ocurra esa operación; y que incluso, sin la producción de un objeto, opere la extracción de un real.

La elección de los formatos de funcionamiento del taller responden a diversas cuestiones tales como las apuestas del coordinador y las particularidades de los pacientes. Los distintos modos de funcionamiento sirven para tener en el horizonte de la práctica distintas cuestiones pensadas, que sean flexibles. Es decir, para la eficacia del trabajo no es conveniente aplicar a todos el mismo formato, sino que se requiere avanzar por distintos senderos posibles.

Finalmente cabe decir que, en el tratamiento de sujetos con psicosis, se propone no limitarse a un único dispositivo (como puede ser el consultorio privado), sino poder instituir la pluralización de dispositivos, lo cual permite crear espacios delimitados. De este modo, cuando en un taller surgen cuestiones que remiten al espacio de tratamiento individual (como puede ser el armado de un delirio), se procura acotar dichas temáticas dentro del contexto del taller y remitirlas al espacio individual. Esto permite comenzar a delimitar espacios diferenciados entre lo público y aquellos donde se trabaje con lo íntimo de cada persona. Otra consecuencia es la “distribución de goce”, donde no aparece ese goce en exceso del cual padecen en un único dispositivo, sino que aparece pluralizado en distintos espacios, lo cual, produce alivio (Belucci, 2008).

### **Práctica entre varios**

Di Ciaccia (2003) toma a Miller para describir lo que este último ha denominado como “práctica entre varios”. La misma, es una práctica iniciada en 1974, que se ocupa de casos de autismo y psicosis en niños y adolescentes. Puede decirse que es una modalidad de psicoanálisis aplicado. A continuación, se tomarán algunas referencias de dicha práctica para el trabajo con sujetos psicóticos.

La práctica entre varios no busca la cura del lado de la institución o el equipo, sino que parte del lado del paciente, ya que “el ser humano tiene que habérselas con el significante. Pero no todos de la misma manera” (Di Ciaccia, 2003, p. 2).

De esta manera es posible diferenciar la práctica entre varios de la psicoterapia institucional. Esta última, se desarrolla a través de un tejido de palabras y jerarquía de saberes. En cambio, la práctica entre varios no pretende de los analistas que sean “teóricos”, sino que requiere de su *presencia en acto*, donde aparece su deseo de saber y aprender del paciente. Por lo tanto, es importante que los analistas (y quienes se sientan concernidos por la teoría psicoanalítica) se impliquen en dicha práctica (Briole, 2004).

Dar lugar a un cuestionamiento sobre lo real en juego en una institución es centrarse en el paciente, en su lugar en la institución. Es ahí que puede situarse el acto, la intervención, el trabajo de cada uno en una determinada situación. Para eso, no es necesario pasar por una distinción jerárquica del saber: el acto concierne a cada uno, no sólo al médico. (Briole, 2004, p.36)

Siguiendo lo anterior, el psicoanálisis considera al sujeto en su singularidad y se orienta por la trayectoria de cada uno, y no mediante clasificaciones de grupo. Teniendo en cuenta lo real institucional, se apunta a la posibilidad de hacer lazo (Briole, 2004).

Briole (2004) expresa que, en una institución, todo paciente, ya sea neurótico o psicótico, es hablado. Por ende, resulta necesario, en la práctica “realizar la operación del pasaje del decir sobre el enfermo a la escucha de su propio decir”. (p.37)

### **Estructuración del trabajo de la institución**

A partir de la lectura que hace Di Ciaccia (2003) sobre la práctica entre varios, es posible destacar cuatro ejes que orientan el trabajo de la institución. Uno de ellos es la función de partnership de cada miembro del equipo. Esta función trata de una posición subjetiva, al servicio de un deseo orientado por el funcionamiento singular de los concurrentes. Así, se apunta al intercambio entre los miembros del equipo, basándose en las exigencias que supone el trabajo con estructuras psicóticas.

El segundo eje tiene que ver con las reuniones del equipo y presenta cuatro funciones principales: crear un espacio donde se hable de sujeto, no para objetivar sino para sostener un discurso sobre él a partir de los decires de los miembros del equipo; operar una separación entre el saber adquirido mediante la frecuentación de los sujetos, y el saber que queda siempre en espera de ser verificado y que le concierne a la posición subjetiva del sujeto; considerar los dichos de cada miembro, teniendo en cuenta que la palabra puede devenir en

acto sólo si se trata de un decir responsable; por último, la reunión tiene una función en relación a la elaboración de un saber (Di Ciaccia, 2003).

El tercer eje es la función del responsable terapéutico, la cual no consiste en la tarea de saber, ni de saber por los otros. Tiene que ver con permitirle a cada miembro del equipo, destituirse del saber totalizante y objetivo, y responsabilizar el acto que cada uno conlleva. En este sentido, el responsable terapéutico:

No es el único responsable ni el que aplica o hace aplicar una terapia u otra. No es el que sabe o que sabría más que otro. No es el que dirige las curas ni dirige a los colegas. En cambio él es el que se aplica para que todo marche, y que marche en relación a un objetivo preciso. Ese objetivo no concierne el funcionamiento de la institución, carga ocupada por otros (Di Ciaccia, 2003).

En una institución, más allá de las estructuras y las referencias teóricas, es necesario cierta orientación por parte del jefe o responsable del servicio. Para ello es necesario que la implicación en la práctica sea efectiva y se permita escuchar a cada integrante del equipo interdisciplinario (Briole, 2004).

El último eje consiste en la referencia teórica-clínica: el psicoanálisis. En este sentido, el trabajo teórico sobre la práctica clínica se elabora en cada equipo y entre las distintas instituciones, tratándose de un saber que está expuesto y no supuesto.

En relación a la modalidad de abordaje, la Ley Nacional de Salud Mental N°26657 (2010), en su artículo 8 expresa:

Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

Lo anterior se relaciona con lo que expresa Raffo (2018): “Se trata de un equipo que hace base en la interdisciplina de distintos saberes, hecho que enriquece el trabajo en cualquiera de los espacios terapéuticos” (p.4).

Por otra parte, Zenoni (2021) expresa que un aspecto del tratamiento de la palabra apunta a su carácter imperativo, el cual cobra especial relevancia en una institución. Allí, la palabra de los responsables debe asegurar la posibilidad de una convivencia viable. Tal tratamiento opera mediante dos modalidades: por regulación y por pluralización del Otro.

En la primera modalidad, el Otro se presenta regulado cuando la autoridad de los responsables se asume de modo que ella misma esté sometida a la autoridad superior de una ley que vale para los mismos responsables. En cuanto a la pluralización, pretende favorecer una disolución de la dimensión amorosa o persecutoria de la transferencia del Otro. Esto último tiene que ver con el manejo de la propia transferencia del analista (Zenoni, 2021).

### **Encuadre de trabajo**

Cada uno de los grupos se puede tomar como una estructura que consta de un tiempo, un espacio, una consigna y una legalidad determinadas, matriz formal que permite que la actividad pueda realizarse. Por otro lado, esta matriz tiene un fundamento terapéutico que, según el caso de cada paciente, va a tomar distintas direcciones, pero que siempre estarán articuladas con las coordenadas de su tratamiento (Raffo, 2018, p.1)

Es decir, el encuadre de trabajo (tiempo, espacio, normas), se basa en un ordenamiento simbólico que pauta aquello que está permitido (y lo que no) y las propuestas de trabajo. Por otra parte, la lógica de los grupos apunta a que cada concurrente pueda apropiarse de las actividades propuestas (Raffo, 2018). Ello se relaciona con lo que expresa Fridman (2009):

Instaurar una serie cualquiera, ya supone instaurar un cierto semblante de reordenamiento simbólico. O sea algo que asemeja, que se le parece, que restituye eso simbólico forcluido, y que le sirve de soporte al sujeto psicótico para poder circular en el Otro, desde una posición que no sea la de desecho de ese Otro. (p.204)

### **Aspectos éticos**

“El modo de hacer institución es, pues, relativo al discurso que lo sustenta; por ello, una orientación antisegregativa resulta fundamental de cara a sostener un trabajo ético” (Alber, 2019, p.72).

El psicoanálisis atiende, tanto en la psicosis como en la neurosis, a los inventos que el sujeto ha creado, para restaurar su relación con el mundo y los que lo habitan, o, en su defecto, a lo no logrado y buscado de dichos intentos; intenta ayudar al sujeto a encontrar la manera adecuada sobre la base de su historia particular, evitando mantenerse en un diálogo de sordos que impida hacer de él un exiliado de la palabra. (Ramírez, 2008)

Quien coordina el grupo, atravesado por distintas variables de tiempo, espacio y normas, cumple la función de presentarles a los concurrentes la actividad propuesta y abordarlo teniendo en cuenta la singularidad de cada uno (Raffo, 2018)

La posición del coordinador habita una permanente tensión entre llevar el pulso de la consigna, para que los pacientes cumplan con la tarea propuesta, y estar atento al momento en que pueda hacer aparición el sujeto en la actividad. Porque no es lo mismo que el paciente realice mecánicamente una actividad, a que se comprometa subjetivamente con la misma y algo de su padecer se ponga en juego, se ceda durante el grupo (Raffo, 2018, p.4).

En este sentido, la producción subjetiva no se dirige a “aprender” un saber acerca de un oficio, sino a construir un saber hacer a lo largo del tratamiento, posibilitando que, a través

de las actividades propuestas y sostenido por la función del coordinador, el paciente asuma un papel activo y produzca algo nuevo, que alivie su padecer (Raffo, 2018). “Se trata de la cuestión ética del psicoanálisis: el analista supone un saber y, por lo tanto, un sujeto allí. Lo hace considerando la condición propiamente subjetiva del enfermo” (Amigone, 2019, p.68).

Carrasco (2020) afirma “Si el artista es quien abre el camino, la posición conveniente para el psicoanalista será la de dejarse enseñar por éste y de ese modo extraer un saldo de saber para el psicoanálisis” (p.4). Por lo tanto, la ética que sostiene y conduce la práctica, precisa que la función del coordinador no es solo dirigir la dinámica de la actividad, sino también orientar y acompañar al paciente en el descubrimiento y producción de algo nuevo, asumiendo una posición de escucha activa que, frente a las descripciones y clasificaciones clínicas, apuesta por a la aparición de un sujeto (Raffo, 2018).

Si la psicosis es una catástrofe subjetiva a la que el sujeto intenta poner remedio, la actitud del clínico será la del respeto a una creación con la que el psicótico intenta hacer del mundo un lugar habitable, construyéndose para eso un Nombre del Padre de reemplazo, lo cual no quiere decir que eso lo saque de la forclusión, sino que allí donde había vacío algo pueda advenir para taponar y suavizar los efectos de dicha falla primordial, logrando así que lo que está suelto y a la deriva en la articulación RSI –que se manifiesta en los fenómenos elementales, en el ámbito del goce y del cuerpo – pueda atemperarse, con efectos clínicamente demostrables y subjetivamente apaciguadores, limitando un goce que le perturba. (Ramírez, 2008, p.6)

Por otra parte, resulta relevante destacar la actitud de cautela que promueven Freud y Lacan en el tratamiento de los psicóticos. Una de las razones principales es que al conducir la cura como si se tratara de un neurótico, se corre el riesgo de desencadenar una psicosis clínica (Maleval, 2002). En este sentido, “si hay una palabra capaz de resumir la actitud de

los psicoanalistas freudianos de las primeras generaciones respecto a la cura de los psicóticos, ésta sería, sin duda, *prudencia*” (Maleval, 2002, p. 348).

Finalmente cabe señalar que, en el trabajo con pacientes psicóticos, es importante que no solo el equipo se presente durante el tratamiento del paciente, sino que este último se relacione con los demás concurrentes, de modo que permita la instalación de distintos canales transferenciales, los cuales dan lugar a diferentes intervenciones, anudadas en el mismo discurso terapéutico (Raffo, 2018).

## CAPÍTULO II

### MATERIALES Y MÉTODOS

Las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS) se llevaron a cabo en el Centro de Día Nodal, durante el periodo de Febrero – Mayo del año 2024. La institución ofrece un espacio para el desarrollo diario de distintos talleres de expresión artística, tanto en la mañana como en la siesta.

La practicante asistió a los talleres de la mañana, que funcionan de lunes a jueves de 9:00 h a 12:00 h. Además, se tuvieron reuniones quincenales con la Lic. Eugenia Patiño, tutora de campo y referente de la institución, y el Lic. Juan Bustamante, responsable del área de capacitación y docencia en Nodal, cumpliendo con el total de 150 horas de prácticas.

Por otra parte, se contó con la tutoría académica de la Lic. Luciana Bordas para la elaboración del presente Trabajo Integrador Final (TIF), con quien se llevaron a cabo reuniones en el proceso de la elaboración, para su corrección y orientación.

Durante el periodo en que se llevaron a cabo las prácticas, surgió el interés del tema propuesto en el presente trabajo. Sobre el interrogante: *¿De qué manera se manifiesta la transferencia en la psicosis, en el contexto de talleres artísticos de un Centro de día?*” es que se basa la presente investigación descriptiva. De manera que el objetivo general que se plantea en el presente TIF será describir la transferencia de un paciente con psicosis, en el contexto de los talleres de expresión artística de un Centro de día. Además, los objetivos particulares serán conceptualizar la psicosis, describir la transferencia de pacientes con psicosis y caracterizar la dinámica y estructura de los talleres de expresión artística. Finalmente, se plantea articular un caso particular de la institución con la teoría del tema propuesto.

Cabe señalar que este trabajo se encuadra en la teoría psicoanalítica debido a la perspectiva teórica que orienta o caracteriza el trabajo en la institución y también, porque es

una línea que contempla el interés de la practicante. A continuación, se describirá, mediante fases, el proceso que se llevó a cabo en la elaboración del TIF:

### **Fase de acercamiento a la institución**

En primera instancia, se llevó a cabo una reunión presencial de manera grupal, con la Lic. Mónica González, coordinadora de las Prácticas Profesionales Supervisadas. En dicha reunión, la coordinadora profundizó en la explicación del reglamento y los requisitos para dar comienzo a las PPS.

Posteriormente, la practicante se contactó con la coordinadora para dar aviso del cumplimiento de las condiciones para el inicio de las prácticas. Así, la practicante brindó los datos personales y eligió las áreas en donde se deseaba realizar las mismas. La Lic. Mónica creó un grupo vía WhatsApp con aquellos quienes comenzarían las PPS. En el mismo, brindó el reglamento y la ficha de asistencia.

La primera rotación de las PPS fue llevada a cabo en el área laboral y, una vez finalizada, se comenzó con el área clínica, área elegida para desarrollar el TIF. Así, se llevó a cabo una reunión virtual con la Mg. Sonia Gimenes, directora del área clínica, en la cual se pudieron especificar intereses personales de la practicante. De esta forma, la directora sugirió que las prácticas se lleven a cabo en Nodal y se designó como tutora académica, a la Lic. Luciana Bordas.

Posteriormente, la practicante se contactó con la tutora académica, con quien semanas más tarde se concretó una reunión virtual. En la misma, se advirtió sobre la prudencia que debía tener en cuenta la practicante y, posteriormente la tutora brindó el protocolo de las Prácticas Pre-Profesionales Supervisadas de Nodal, junto con bibliografía para adentrarse en lo que sería el trabajo con personas con psicosis.

Luego, el Lic. Juan Bustamante, responsable del área de capacitación y docencia de la institución, se contactó con la practicante. Así se organizó una reunión virtual junto con la

tutora de campo, la Lic. Eugenia Patiño, con el fin de presentarse y realizar una introducción sobre las actividades que se llevan a cabo en Nodal, la posición que conviene asumir y los aspectos éticos (como la prudencia), que hay que tener en cuenta. Finalmente, se confirmó que la practicante comenzaría de lunes a jueves en el turno mañana, de 9:00 h a 12:00 h cada taller. También se comentó sobre la posibilidad de rotar por el turno tarde, si fuese necesario.

### **Fase de exploración**

Al comenzar las prácticas en el área, la practicante asumió, inicialmente, el rol de observadora no participante. Durante la primera semana de cada taller, se realizó una presentación de los participantes, talleristas y de la propia practicante. Además, se ofreció una visión general de las actividades que se desarrollan en cada taller y las producciones de los concurrentes.

Es importante destacar que, al final de cada taller, los talleristas y referentes disponían lugar para indagar sobre cómo se había sentido la practicante, responder a las preguntas y explicarle sobre ciertas intervenciones y modos de posicionarse.

En la segunda semana de prácticas, se llevó a cabo una reunión con el coordinador del área para hablar sobre las experiencias de la practicante durante la primera semana. En la misma, se abordaron dudas sobre la teoría y la práctica, así como las posiciones que convenía asumir como practicante. Además, el coordinador le proporcionó bibliografía que, junto con el material aportado por la tutora académica y la propia búsqueda de la practicante, se comenzó a profundizar sobre el conocimiento respecto de la psicosis, específicamente desde el marco psicoanalítico.

Finalizando la tercera semana de prácticas, se llevó a cabo una reunión con la tutora de campo y el responsable del área de capacitación y docencia, donde se charló sobre las intervenciones grupales y sobre dudas de casos particulares, sobre cómo responder ante

determinadas situaciones en los talleres. A su vez, en esta reunión se brindó bibliografía sobre la transferencia y los dispositivos grupales.

Hacia la cuarta semana de prácticas se concretó una reunión con la tutora académica para charlar sobre el tema del TIF, donde la practicante pudo expresar los intereses surgidos en la práctica y de esta manera se tomó como eje central del trabajo, la transferencia.

También, la practicante comentó acerca de su interés por lo artístico. Así, se orientó en cómo es la estructuración del TIF y se indicó que la practicante podía comenzar con el armado del mismo, comenzando por la introducción del trabajo, incluyendo la justificación, fundamentación y objetivos del mismo. Semanas más tarde se concretó una reunión virtual con la tutora académica, para la corrección y orientación de objetivos del TIF.

Con el transcurso de las semanas, la practicante adoptó un rol más activo en los talleres de Nodal, participando en conversaciones con los pacientes sobre su vida cotidiana y formulando preguntas concretas, apoyándose en la supervisión tanto de los talleristas, como de la tutora de campo y el responsable del área.

Comenzando el segundo mes de prácticas, se llevó a cabo una reunión presencial con el coordinador del área y con otra practicante, para hablar sobre dudas, intervenciones y teoría. Se sugirió pensar qué caso es del interés de la practicante y luego poder charlar sobre ello. Además, se creó un grupo de WhatsApp donde se propició bibliografía por los integrantes.

En las supervisiones de las prácticas, algo que fue remarcado tiene que ver con la lógica del detalle que orienta el trabajo clínico de la institución. En este sentido, las intervenciones no podrían generalizarse, sino que son más bien pensadas desde lo singular de cada caso.

### **Fase de descripción**

Nodal es un Centro de día de Salud Mental ubicado en la provincia de San Juan, que se ocupa del abordaje diurno, ambulatorio e interdisciplinario de pacientes con psicosis (de 18 a 65 años), que no cumplen con los criterios de internación. El mismo fue creado en el año 2021 y es de gestión privada. Además, cabe mencionar que uno de los objetivos principales es favorecer el lazo social de los sujetos.

Como se mencionó, se trabaja de manera interdisciplinaria mediante un equipo formado por directivos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y acompañantes terapéuticos, quienes además, pueden ocupar distintas funciones como referentes o talleristas.

Para la admisión de los pacientes a la institución, es necesario contar con cierta estabilización de su cuadro psicopatológico. De esta forma se lleva a cabo un proceso que consta de cuatro momentos donde, finalmente se arma un plan de trabajo, que incluye a la familia. Los cuatro tiempos del proceso de admisión son los siguientes:

1. El primer contacto es una *entrevista directiva*, que se asocia a un momento administrativo, donde interviene el directivo de la institución y la familia del paciente. Generalmente consultan luego de una internación.
2. Posteriormente se lleva a cabo una *entrevista clínica*, que se realiza con el paciente, donde intervienen un psiquiatra y un psicólogo, coordinador clínico.
3. La última entrevista es una *entrevista socio familiar*, en la que intervienen el paciente, la familia, el psicólogo, el trabajador social y el referente clínico, con el objetivo de realizar orientaciones a la familia.
4. Finalmente se lleva a cabo una *reunión de admisión*, donde se encuentran todos los intervinientes del caso, para finalmente ofrecer a la familia un plan de trabajo terapéutico, que puede contar tanto con el abordaje psicológico individual, como con el psiquiátrico y el familiar.

La institución ofrece un espacio para el despliegue diario de distintos talleres grupales de expresión artística, tanto en la mañana como en la tarde. Entre ellos, se encuentran: el de noticias y cocina, expresivo, de música, de lectura y escritura, de comunicación social, y de producción creativa. También, cuenta con espacios individuales de acompañamiento psicológico y psiquiátrico y se realizan seguimientos sociofamiliares.

Cada taller es coordinado por quien asume la función de tallerista y es acompañado por referentes y auxiliares. Los encuentros suelen comenzar con un momento para compartir el desayuno o la merienda y conversar sobre lo realizado el fin de semana o durante la misma. En esta escucha, se alojan experiencias y vivencias de cada concurrente, así como sus preguntas e intereses. Además se llevan a cabo distintas actividades, orientadas por la lógica de cada taller, fundamentadas en objetivos terapéuticos, teniendo en cuenta no sólo la dinámica grupal, sino también las particularidades.

Algo a destacar de la dinámica de los talleres, es que se tienen en consideración cada cumpleaños, los cuales son registrados en un calendario a fin de, llegada la fecha, realizar algo especial para esa persona. También, se llevan a cabo actividades surgidas a partir de ciertas temáticas como los días patrios, festivos, comienzos de estación y distintas efemérides, que dan lugar a la creación artística en cada taller. Para ello, se le da lugar a las propuestas de los concurrentes.

En varias ocasiones se realizan actividades extrainstitucionales, tales como salidas a desayunar o visitas a algún lugar en particular. Otras veces se llevan a cabo actividades en articulación con otros talleres, para llevar a cabo alguna propuesta. También, surgen propuestas de hacer invitaciones a artistas a la institución, para que puedan compartir su experiencia y sus creaciones.

La practicante tuvo la oportunidad de asistir a los talleres que funcionan en la mañana, de lunes a jueves de 9:00 a 12:00. Estos fueron: taller de noticias y de cocina, taller

expresivo, taller de música y taller de lectura y escritura. A continuación, se describirá brevemente en qué consiste cada taller y lo observado durante el periodo de realización de las Prácticas Profesionales Supervisadas:

- *Taller de noticias y de cocina*

Es una fusión de talleres en donde cada semana, intercaladamente, se realizan tanto el taller de noticias como el de cocina, estando a su vez, relacionados entre sí.

En el taller de noticias se llevan a cabo actividades que apuntan al contacto de los pacientes con el mundo exterior, favoreciendo de esta manera el lazo social. Así, se leen, seleccionan y se escriben noticias nacionales y provinciales, mediante el uso del diario físico como también del digital. Es decir, cada integrante tiene la oportunidad de leer y seleccionar una noticia de su interés, compartirla con el grupo y registrarla en el cuaderno de noticias.

Por otra parte, se cuenta con el recurso de canal de aire, donde se pueden ver distintos noticieros y canales. También se realizan actividades por fuera de la institución, tales como salidas a desayunar.

Terminando el encuentro, se busca el video de alguna receta, donde se observa el procedimiento y de esta manera, se organizan y se dividen los ingredientes que cada uno llevará la semana siguiente (para el taller de cocina). El día suele finalizar con un segmento de video (chistes, datos y curiosidades) que trae uno de los pacientes.

En cuanto a las actividades del taller de cocina, se eligen distintas recetas a partir de los intereses del grupo y luego se anotan en una especie de cronograma. Luego, de acuerdo a las fechas estipuladas para las recetas elegidas, cada integrante aporta algún ingrediente y se cocina entre todo el grupo.

Una vez consumida la receta, se realiza una puntuación de la misma y así, cada participante puede expresar su opinión al respecto. Por otra parte, tanto los ingredientes como

los pasos a seguir de la receta, son registrados en el cuaderno de cocina. El día suele finalizar también, con el segmento de video del paciente.

Cabe destacar que en el taller de noticias y cocina fue aplicada la intervención por parte de la practicante.

- *Taller expresivo*

Es un espacio que contempla las distintas propuestas que surgen dentro del grupo, donde se llevan a cabo actividades con diferentes temáticas, como aquellas relacionadas a las emociones, valores e intereses por parte de los pacientes. Tal como su nombre lo indica, apunta a la expresión del paciente mediante distintos métodos, como por ejemplo a través del juego y el movimiento. Se realizan actividades al aire libre, tales como salidas al parque o a la plaza.

El taller cuenta con un cuaderno donde se anotan las posibles actividades a realizar, propuestas tanto de los talleristas como de los pacientes. La idea de cada actividad apunta a trabajar un tema y luego poder proyectarlo mediante alguna creación: juego, afiche, collage, dibujo.

- *Taller de música*

El mismo brinda un lugar para, no sólo escuchar y conversar sobre música sino también para su creación y producción. De forma que se generan espacios para el armado de las letras de las canciones y se componen grupalmente. También se llevan a cabo covers de distintas canciones, las cuales se eligen a partir de los intereses de cada integrante y teniendo en cuenta temáticas del momento.

Cada concurrente suele usar instrumentos específicos. Sin embargo, se sigue la lógica de invitarlos a optar libremente, sin reglas rígidas, el instrumento que deseen elegir cada día. Así como también, la libertad de no tocar ningún instrumento.

El taller cuenta con una carpeta en donde se guardan las letras de las canciones. También, suelen ser grabadas en el celular. Además, se utilizan distintos recursos para el armado de las letras: en ocasiones se toman las poesías realizadas por un concurrente y otras veces se crean apoyándose en frases o palabras extraídas de libros.

Tal como se mencionó, el taller apunta a generar conversaciones en torno a la música, intereses y preferencias de géneros musicales. En las mismas se trabaja sobre la expresión, ya sea en una sola palabra, sobre qué es la música para cada uno y la relación que se tiene con la misma.

- *Taller de lectura y escritura*

Es un espacio donde se llevan a cabo actividades de lectura, reflexión, escucha de los distintos puntos de vista. Además, se realizan tareas de escritura, tales como el armado de poesías. Se cuenta con el recurso de la biblioteca, donde generalmente se buscan libros para el trabajo de determinadas temáticas. A su vez, los concurrentes suelen llevar poesías o escritos que comparten con el grupo, y generalmente la dinámica que se sigue es tomar aquello que el paciente trae y hacer un trabajo en grupo, no solamente lo relativo a la lectura y escritura, sino también lo que surge en la dinámica: invitaciones especiales, visitas, salidas. Es decir, el taller aloja lo que cada paciente trae y lo que se manifiesta en el grupo. Por último, cabe mencionar que el taller cuenta con un cuaderno con el registro de las actividades llevadas a cabo durante todo el año, que muestra fotografías de las salidas y producciones de los concurrentes.

La practicante, en base al transcurso de las semanas, se ocupó de observar, conocer y explorar lo que se realiza en cada taller, de esta forma progresivamente ocupó un rol más activo que le permitió realizar preguntas a los concurrentes, teniendo en cuenta la ética de la prudencia y las supervisiones de la tutora de campo y el coordinador del área. Se tuvo en cuenta principalmente una posición de escucha y de acompañamiento.

### **Fase de planificación**

Comenzando el segundo mes de prácticas, y en base a las observaciones del funcionamiento de los talleres e intervenciones del equipo, se concretó una reunión virtual con la tutora de campo para hablar acerca de las posibles propuestas de proyectos de intervención. En la misma se realizó una orientación en el modo de pensar y abordar las propuestas. A partir de ello se pensó una intervención, la cual sería aplicada en el taller de noticias y cocina, teniendo en cuenta la pertinencia y fundamentación.

Consiguientemente se presentó formalmente por escrito, al equipo directivo, indicando la fundamentación teórica, los objetivos, temática y propósito, estrategia y cronograma. Una vez entregado, el proyecto fue aprobado para su aplicación.

Con respecto al caso clínico a elegir, se sugirió por parte del coordinador y la tutora, que se tomase uno de larga trayectoria en la institución, por motivos de poder obtener mayor cantidad de información. De esta forma, la practicante dio aviso a los tutores, del caso que elegiría.

### **Fase de intervención**

Una vez aprobado el proyecto por parte del equipo directivo, se llevó a cabo su aplicación, en el taller de noticias y de cocina (ver *APÉNDICE A*), con la supervisión y el acompañamiento de la Lic. Agustina Mercado, tallerista, y la Lic. Neri Valdivia, referente.

La propuesta de intervención fue pensada a partir de la idea de uno de los pacientes, quien sugiere que se comparta en las redes sociales de Nodal, imágenes de lo que se realiza en los talleres, a modo de que se visibilice y se muestren las producciones y actividades. Cabe señalar, además, que se trata del concurrente tomado para la construcción y presentación del caso clínico en el presente TIF.

Por lo tanto, la sugerencia del paciente fue considerada por la practicante y, junto con la orientación de la tutora de campo, Lic. Eugenia Patiño, fue posible adecuar esa idea y

convertirla en una intervención viable. De esta forma fue posible armar y aplicar el proyecto titulado como “Diario de Nodal”.

El objetivo general consistió en crear un diario que contemple noticias propias de los participantes, tanto individuales como grupales. Como objetivos específicos posibles se plantearon ofrecer un espacio para la producción creativa de los sujetos, que los pacientes logren subjetivar la actividad y compartir su noticia con otros, a modo de favorecer el lazo social. Por último, observar los efectos de la intervención. Se utilizaron como recursos materiales principales: afiches, fotografías impresas, revistas, marcadores, tijeras y plasticolas.

En los días de intervención e incluso en encuentros antes de aplicarse el proyecto, fue importante realizar el encuadre de la actividad: se comentó en qué consistía la propuesta y cuándo se llevaría a cabo, para observar de esta manera, la viabilidad y el consentimiento por parte de los pacientes.

La intervención se llevó a cabo en dos encuentros de tres horas cada uno. El primero se realizó el día 13 de mayo de 2024, donde participaron seis pacientes. La idea consistió en elaborar y compartir alguna noticia propia que tenga que ver con algo del interés de cada participante, ya sea mediante un dibujo o con el uso de imágenes de revistas. De esta forma, elaborar un afiche, un diario, que contemple estas noticias.

En primera instancia se pensó grupalmente un título general. Luego, cada uno seleccionó una imagen, compartió con los demás sobre su noticia y la pegó en el afiche. Se elaboró también un título para cada noticia, quedando registrado por escrito, junto al nombre del participante.

El segundo encuentro se realizó el día 20 del mismo mes, esta vez, siendo cinco los concurrentes. Para esta parte de la intervención se utilizaron fotografías impresas de actividades que se realizan en el taller. La idea consistió en armar un collage que contemple

noticias del grupo, del taller. De esta manera, cada uno seleccionó una fotografía, recordó y compartió lo que se hizo ese día y la pegó en el afiche. También se registró por escrito el título de cada noticia y al finalizar se construyó un título general.

La practicante se ocupó de acompañar en la elaboración de las actividades, quedando atenta a lo que surgía en el momento. También, de observar los efectos de la intervención, no solo los días de aplicación sino también posterior a ello.

### **Fase de análisis y elaboración**

Se llevó a cabo una recolección de datos cualitativos, utilizando la observación y el registro escrito por parte de la practicante, acerca de lo observado durante el periodo de las PPS, principalmente sobre los efectos obtenidos luego del proyecto de intervención.

Hacia la última semana de las PPS, se realizó una reunión de cierre de manera presencial, con el coordinador y la tutora de campo, donde se conversó sobre los efectos observados en los concurrentes luego de aplicarse el proyecto de intervención. Además, se realizó una devolución de la evaluación de la practicante en el periodo que se realizaron las PPS y se habló acerca de su experiencia.

Una vez finalizadas las PPS, el día 4 de julio de 2024 se realizó una entrevista semiestructurada (ver *APÉNDICE B*) a la tutora de campo, que permitió la construcción del caso mediante la recolección de datos de la historia clínica del paciente. La entrevista, está ordenada por distintas áreas indagadas. Antes de aplicarse, fue corroborada por la tutora académica.

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS

A continuación, se presentará un caso clínico de la institución, el cual fue elegido a partir de los efectos obtenidos luego de la intervención aplicada en el taller de noticias y cocina, por parte de la practicante. Se lo nombrará como P. para resguardar su privacidad. Se tendrá en cuenta los datos obtenidos mediante la entrevista realizada a la tutora de campo y además, se describirán datos importantes observados en los talleres, por parte de la practicante, así como los efectos del proyecto de intervención aplicado.

#### **Datos iniciales sobre P.**

P. es un paciente de 32 años, con diagnóstico de psicosis, específicamente esquizofrenia, del cual se registran antecedentes. Además, se sabe que padece de diabetes tipo II. El paciente durante su infancia y adolescencia presentó dificultades en el aprendizaje, siendo TDAH el primer diagnóstico. Sin embargo, luego se realizaron reevaluaciones, debido al registro de que el paciente “hablaba solo”.

P. convive con sus padres, de 72 y 73 años, y es el menor de cinco hijos. La familia señala en las entrevistas de admisión que P. tiene una actitud colaboradora con la limpieza de la casa y se ocupa de su higiene personal. Los hermanos, se muestran atentos en lo que respecta a P. Por otra parte, no se registran hechos vitales significativos durante su infancia y adolescencia.

Se sabe que el paciente disfruta de jugar videojuegos con sus padres e ir a Acción Católica. Además le gusta hacer actividad física. Anteriormente realizaba natación, básquet y también solía vender rosquitos. Por otra parte, se sabe que asiste una vez a la semana a “RecreAte”, lugar donde se realizan actividades recreativas para personas con padecimientos de salud mental y discapacidades. En verano, suele asistir a la colonia junto a su acompañante terapéutico.

### **Ingreso a Nodal y evolución**

El paciente ingresó a Nodal en el año 2022 diagnosticado, estabilizado y siguiendo un tratamiento farmacológico hacía cuatro años, con un psiquiatra externo a la institución. Para su admisión, se realizaron las tres entrevistas descriptas anteriormente, donde se pudo ubicar algunos intereses de P.: teatro, cocina y deporte. Posteriormente, se llevó a cabo una reunión del equipo y se indicó el siguiente plan terapéutico: *Prestación Centro de Día, Jornada simple*. También se armó un plan terapéutico sugerido para la familia, y se llevó a cabo un seguimiento sociofamiliar.

En el año 2023, se evalúa la posibilidad de asignarle, para el año siguiente, un psicólogo y un psiquiatra de Nodal. Además, P. cuenta con un acompañante terapéutico de la institución, quien dos veces a la semana lo acompaña y suelen realizar salidas al aire libre para hacer ejercicio, tales como caminatas.

En los primeros meses del año 2024, periodo en el que se realizan las PPS, P. asiste a tres talleres: noticias y cocina (lunes en la mañana), expresivo (martes en la mañana) y al taller de producción creativa (miércoles en la siesta).

En marzo/abril del año 2024, el paciente presenta una desestabilización (sin necesitar internación) caracterizada por falta de higiene, alucinaciones auditivas, delirios, aceleramiento y dificultades en el sueño. En una ocasión, antes de abrir la institución, P. llegó más temprano, se acercó a la practicante y le comentó: “No he podido dormir bien”. En ese momento se lo observaba hablar más activamente en los talleres, con un ánimo elevado, realizando varias propuestas, incluso por mensaje, no solo a los talleristas sino también a sus compañeros. Desde el equipo, se hipotetizó que esta situación podría estar relacionada a delirios de contenido religioso. Durante ese periodo, P. no asistió por algunos días a la institución. Ante la sintomatología presentada, el psiquiatra intervino indicando una modificación en su medicación.

En cuanto a la familia, se sabe que lo acompaña durante el tratamiento y están atentos a sus estados de ánimo, avisando si notan algo distinto o llamativo. En una ocasión, P. les expresó su temor de tener “otro episodio”, por lo que su familia comunicó esta situación.

### **Observaciones en los talleres de expresión artística**

La practicante tuvo la oportunidad de compartir espacio con P. en el taller de noticias y cocina (donde se produjo el primer contacto) y en el taller expresivo. Ambos talleres, funcionan en la mañana.

A partir de lo observado, se puede decir que P. suele ser constante con su asistencia (excepto en el momento de desestabilización) y llegar antes de horario. Al comenzar, toma la iniciativa de preparar el desayuno llevando a la mesa vasos para compartir. Cuando no hay jugo o galletas, P. avisa al tallerista, auxiliar o referente.

En general, el paciente se muestra reservado, suele ser callado, aunque se lo observa atento a la conversación y a las consignas. Además, suele responder sólo a las preguntas dirigidas. Sin embargo, en varias ocasiones P. ha respondido tomando la iniciativa de recordar retroactivamente lo que se hizo en otro momento o de comentar a participantes nuevos cómo es la dinámica del taller. También de forma prospectiva, suele recordar lo que hay que hacer determinado día o preguntar qué se va a hacer.

En la dinámica de los talleres, suele preguntarse a los concurrentes sobre lo realizado durante la semana o el fin de semana. P., de manera frecuente comenta sobre actividades realizadas en RecreAte y en varias oportunidades sugiere que las mismas puedan llevarse a cabo también en Nodal. Por ejemplo en un encuentro, refirió que estaría bueno hacer trekking.

También, se sabe que el paciente realiza actividades extrainstitucionales con algunos concurrentes de Nodal, tales como juntas en su casa a comer, lo cual luego suele compartir

en las conversaciones. Los concurrentes cuentan con grupo de WhatsApp, creado por ellos, por donde interactúan y organizan salidas.

Por otra parte, cuando alguno de sus compañeros no asiste, P. suele percatarse de ello y preguntar por esa persona. También se observa que P. en ocasiones, regresa caminando a su casa con una compañera de la institución, quien se queja de que P. “no habla nada en el camino”.

En el taller de cocina, suelen escribirse los ingredientes y pasos de las recetas en un cuaderno, al finalizar el encuentro. En este punto, se observó que P., suele escribir las recetas, de manera autónoma, mientras las mismas se están llevando a cabo. Por lo que se le da lugar a su iniciativa y se lo acompaña para construirlo junto a todo el grupo.

En el taller de noticias, tal como se mencionó anteriormente, se suele elegir noticias del diario, tanto físico como digital. P. propuso la posibilidad de tener antena en el televisor para mirar las noticias, idea que fue tomada por el equipo y pudo llevarse a cabo. Por otra parte, en uno de los primeros encuentros en el taller de noticias, P. eligió una noticia desde la computadora, marcando la sección de “turismo”. Al hacerlo, le comenta a la practicante que él es “guía turístico” (y por eso elige ese tipo de noticias).

En relación a lo anterior, en el taller expresivo, se estaba llevando a cabo una actividad de compartir profesiones del interés de cada uno. P. en tal encuentro, manifestó el deseo de estudiar sociología, a lo que nunca ha tenido la oportunidad. P. llevó impresa la información, la leyó y la compartió con el grupo. Además, comentó que estuvo averiguando en la escuela de música para comenzar a tocar un instrumento, pero que “son muy exigentes con la edad”.

Por otra parte, se puede observar que P. frecuentemente propone realizar actividades articuladas con otros talleres o hacer una actividad tal como la que se realizó en el año 2023, con todos los integrantes de la institución. Además, sugiere hacer salidas y visitas a lugares,

tal como ir a un noticiero, propuestas que son tenidas en cuenta, se les da un lugar y una respuesta, evaluando su conveniencia a la dinámica grupal, de manera que a veces no se lleva a cabo inmediatamente. Aún así P. suele manifestar cierta ansiedad ante la espera de llevarse a cabo sus ideas, lo cual se puede observar en su forma de realizar preguntas repetitivas “¿Qué pasó con la idea de ir a un noticiero?” o comentarios como “Estaría bueno hacer una actividad con otro taller”.

En una ocasión, en el taller de lectura y escritura (al cual no concurre P.), el paciente llega a Nodal ya que tenía una cita con su psicólogo. En la espera, se lo invitó a participar del taller, donde P. aceptó y pudo adaptarse sin inconvenientes, aportando temas de conversación. Ese día, se mostró contento por haber aprendido a manejar Mercado Pago, comentando que realizó una compra. También, en base a la actividad que se llevaba a cabo en ese encuentro, agregó que cuenta con el “carnet de discapacidad” y que eso le permite hacer uso de los colectivos gratuitamente.

Se sabe que una de las actividades que el paciente cumple en la institución es compartir un video de YouTube o contar chistes, generalmente al finalizar los encuentros, actividad que es nombrada como “Segmentos”. Esto surge como idea de él, y a partir de que el paciente ya venía haciendo esto en la otra institución. La practicante solía preguntarle a P. si preparó el “Segmento” del día, a lo que él respondía afirmativamente en cada oportunidad.

### **Intervenciones del equipo**

Los movimientos realizados por parte del equipo que resultaron beneficiosos para el tratamiento del paciente, fueron: acompañarlo en las situaciones de crisis, así como en el proceso familiar; acotar sus intereses, proponer otros espacios y promover el lazo social.

Debido a que el paciente presenta diabetes tipo II, también se presta cuidado al consumo de ciertos alimentos con azúcar. En una de las recetas que se realizaron en el taller de cocina, se hicieron bombones sin azúcar, a lo que P. comenta que puede comerlos,

entonces. En este punto, P. pudo regular por sí mismo el control en no consumir alimentos que pudieran perjudicarlo.

En cuanto a la propuesta de P. de mostrar sus videos o chistes, los talleristas decidieron “reglar” estas actividades que traía el paciente. En otras palabras, decidieron darle otro estatuto, que le permitiera al paciente hacer lazo con los otros; tomar esta actividad como puente para hacer lazo. Se pudo observar que se trabajaba en la espera y manejo de ansiedad de P., poder dar un cierre a las actividades que se hacían para luego ver los videos.

Por otra parte, el paciente manifestó su deseo de encontrar trabajo, lo cual intentó, junto a su acompañante terapéutico, acceder a programas laborales de la municipalidad. Sin embargo, no pudo llevarse a cabo por lo que, desde el equipo, se hizo un cálculo clínico de poder trabajar primeramente en el desarrollo de habilidades sociales, para luego comenzar con la búsqueda laboral.

### **Efectos del proyecto de intervención en el taller de noticias y cocina en P.**

Semanas antes de aplicarse el proyecto, en el momento en el que se propuso la actividad, P. manifestó varias veces que le parecía una buena idea, mostrándose interesado en la misma. En una oportunidad, P. le preguntó a la practicante: “¿Qué pasó con la actividad?”.

En la primera parte del proyecto, que consistía en seleccionar noticias individuales mediante revistas o dibujos, las noticias fueron variadas y estuvieron relacionadas al propio interés de cada uno: dibujos, fútbol, paisajes, música, comida, amistad. P. pudo aportar su noticia individual, recortando una imagen de un paisaje al que tituló como “*Barreal*” por asociarlo a recuerdos de un viaje que realizó a Rodeo. Además, pensó y aportó parte del título general del afiche: “El diario de la mañana”.

En esta primera parte, se charló sobre qué significa Nodal para cada uno, donde en general se ubicó que es un lugar donde se hacen amigos, se conversa, se divierte, a lo que P. agregó que también “se traen noticias”. Luego, se pegó el afiche para compartirlo y ser

visibilizado por los demás concurrentes. Finalmente se les consultó si les gustó la actividad y si les gustaría realizar una parecida con fotografías impresas del grupo, a lo que P. respondió afirmativamente.

Iniciando la segunda parte del proyecto, se les preguntó si recordaban cuál era la actividad que se iba a llevar a cabo, cuestión que sólo recordaba P., quien respondió: “sí, lo de las noticias grupales”. Posteriormente, se repartieron las fotografías y los concurrentes se mostraron interesados. P., frente a las mismas, comentó: “parece papel de diario”. En esta oportunidad se tuvo en cuenta preguntarles si preferían colocar el título del afiche al inicio o al final de la tarea, a lo que P. respondió que sería mejor una vez que terminemos de pegar las imágenes. En este segundo momento de intervención, P. también pudo aportar una parte al título general: “Taller de noticias y de cocina, lunes”.

Al finalizar la intervención se les consultó si les gustó la actividad o si volverían a realizarla, a lo que se respondió afirmativamente. También se les preguntó qué parte les gustó más, a lo cual la mayoría respondió que la segunda parte. Cabe mencionar que el último día de las PPS de la practicante, se llevó a cabo una devolución hacia la misma, en donde P., con respecto al proyecto aplicado, expresó que fue una actividad que le gustó más que todas las demás.

### **Posición con respecto a P.**

Además de la prudencia que orienta el trabajo de la institución, en el caso de P. fue clave asumir una actitud de escucha y de interés por sus ideas. Se observó que es importante alojar sus preguntas y propuestas, de manera que, aunque no sean llevadas a cabo en ese instante, se les da un lugar.

Dado que es un paciente más bien reservado, que no suele expresar espontáneamente sus vivencias, se le interroga, con interés, sobre sus actividades, su fin de semana y diversos episodios de su vida. Además, en varias oportunidades se realizan comentarios que destacan

su buena memoria, otorgándole ese lugar en el grupo. Sus respuestas, suelen ser más bien acotadas que extensas. Es importante además, ofrecerle un espacio para la presentación de su segmento.

La practicante asumió la posición desde la prudencia y teniendo en cuenta las supervisiones con el equipo, en un primer lugar desde la observación no participante.

## CAPÍTULO IV

### DISCUSIÓN

A continuación, se desarrollará una articulación de la teoría propuesta en el presente TIF, con el caso clínico presentado y lo observado en las PPS.

#### **Aparición de un sujeto en la transferencia**

Entendiendo que Nodal es una institución enmarcada por la teoría psicoanalítica, se puede decir que la misma trabaja con la singularidad de los sujetos. En este sentido, las intervenciones no se piensan a partir de las clasificaciones diagnósticas, sino que se orientan por las coordenadas particulares de cada paciente. En una de las supervisiones con la tutora de campo, la practicante preguntó qué diagnóstico tienen determinados casos. La respuesta obtenida fue que en la institución se trabaja desde lo singular de cada sujeto, siguiendo objetivos terapéuticos específicos y no a partir de las clasificaciones diagnósticas, por lo que se debe evitar lo que se denomina como *furor curandis*, cuestión que responde a un ideal del analista “más que a la situación clínica en particular” (Fridman, 2009, p.198). También, el responsable del área de capacitación y docencia, en las supervisiones de las PPS, remarcó el hecho de que la institución se orienta por la lógica del detalle, es decir, del caso por caso. Se puede decir entonces que desde la psiquiatría los enfermos quedan en posición de objeto de demostración de rasgos y fenómenos. En cambio, el psicoanálisis presenta al enfermo desde su posición de sujeto, lugar que hace aparecer el analista en el diálogo, es decir en la interlocución con el paciente (Chamorro, 2004).

Lo anterior puede relacionarse con la transferencia propuesta por Lacan (1951) en términos dialécticos. Debido a que P. no suele compartir espontáneamente lo que le sucede, se hacen preguntas sobre sus distintas actividades, apuntando a introducir una conversación desde el interés y la escucha por lo que expresa. Fue clave recordar aspectos en relación a su vida cotidiana para luego hacer preguntas sobre ello y poder conversar en grupo. En este

sentido la *charla* es la modalidad privilegiada de la vertiente transferencial que posiciona al analista como semejante, lugar que ofrece un sostén imaginario al sujeto (Belucci, 2014).

Se pudo observar que P. se muestra más bien reservado en los encuentros. Sin embargo, muestra una gran atención a los detalles y, en ocasiones, realiza preguntas sobre las actividades que se van a llevar a cabo o recuerda lo que se había pactado anteriormente. En estas situaciones, se aprovecha para tomar esto que recuerda y se lo menciona como el que “tiene buena memoria”, comentario que permite introducir alguna conversación.

En otras oportunidades, ha compartido cómo se siente, ha recordado experiencias de viajes, ha comentado sobre sus intereses de estudio y las actividades que realiza en *RecreAte*, e incluso ha propuesto diversas ideas. Por lo tanto, se puede decir que estas emociones, preguntas y vivencias que aparecen en el diálogo de P. son producto de la intersubjetividad, es decir, del intercambio dialéctico que menciona Lacan (1951). Dicho de otro modo, aparecen en la transferencia.

La transferencia para Lacan (1960-1961) es una presencia en acto y la misma tiene una función creadora. En este punto, se puede decir que P. arma de algún modo su decir de vivencias y recuerdos, y lo comparte con el grupo, es decir, se dirige a alguien, se le habla a otro. En este sentido, lo central de la transferencia, es que se manifiesta para que alguien escuche aquello que el sujeto construye. Por otra parte, el testimonio del sujeto, en este sentido, actuaría como un elemento tercero que organiza el campo transferencial (Belucci, 2014).

### **Posición de la practicante con respecto a P.**

Inicialmente, la practicante asumió una posición de observadora no participante, con el fin de conocer a los concurrentes, las actividades que realizan y la dinámica de los talleres. Progresivamente realizó preguntas en relación a las actividades de los talleres y a los sucesos de la vida cotidiana, y finalmente, tuvo la oportunidad de proponer y aplicar el proyecto de

intervención, es decir, tomó una posición un tanto más activa. Para que ello sea posible, como menciona Alber (2019) es necesario un tiempo que permita instalar la transferencia, escuchar y preguntar.

Se pudo observar que la forma de abordar y posicionarse frente a los concurrentes, no es la misma en todos los casos. En relación a P., se observó una posición de interés genuino y escucha por sus ideas y propuestas, lo cual, se relaciona con lo que Chamorro (2004) propone, al decir que el analista, no debe ubicarse en la posición de amo y definir qué es salud y enfermedad, sino que debe posicionarse desde un lugar de escucha, que le permita al sujeto una construcción. En relación a ello, Fridman (2009) expresa que tomar una posición activa de escucha, produce cierto ordenamiento, operando como función de aquello que no se produce en la estructura, ofrece un espacio para que lo que trae el sujeto (sus tramas, sus sucesos cotidianos, sus vivencias) pueda ser dicho y escuchado.

### **Contratransferencia en la practicante**

Es sabido que la principal manifestación de contratransferencia en el trabajo con sujetos psicóticos, es la angustia (Erroteta, 2009). En uno de los encuentros, P. expresa una vivencia que produjo dicha reacción contratransferencial en la practicante. Esta vivencia estaba relacionada a una situación en donde P. avisa por las redes sociales algo importante para él, rendía una materia y esperaba que vayan a verlo. Sin embargo, ese día, P. expresa que nadie fue.

Por un lado, esta situación produjo una reacción contratransferencial de angustia en la practicante, lo cual, da pie para mencionar la importancia del análisis propio que Freud (1910) menciona, donde exige al analista el discernimiento y dominio de la contratransferencia. Para ello, es necesario iniciar un autoanálisis de los propios complejos y resistencias, sin interrupción a lo largo del trabajo con enfermos. Es decir, se hace necesario esclarecer estas cuestiones para no interferir en las intervenciones y en el acompañamiento de

los sujetos. Por otra parte, se requiere de una posición de apertura por parte del analista, que aloje el padecer del sujeto, que habilite un lugar para aquello que el sujeto dice. De esta manera, se ordena y acota su goce (Amigone, 2019).

En ciertas ocasiones, la practicante consultaba en las reuniones de supervisión, sobre cómo posicionarse o qué decir frente a algunas preguntas o situaciones. Esto no solo se relaciona con la importancia de la supervisión sino también con la prudencia y con los momentos de desconcierto del tratamiento (Belucci, 2014), donde es necesario soportar este *no saber* del tratamiento y esperar hasta que aparezca alguna orientación posible, ya que, intervenciones a priori, no resultan eficaces. Lo mismo expresa Lacan al rechazar una posición intuitiva por parte del analista.

### **Intervenciones del equipo**

Tal como se observa, P. muestra variados intereses, realiza distintas actividades continuamente y propone activamente ideas en los talleres. En la entrevista de admisión, P. expresó que se interesa por varias áreas. En relación a ello, algunas intervenciones del equipo tuvieron que ver con acotar algunos intereses y ofrecerle otros espacios, lo cual podría pensarse, siguiendo a Fridman (2009) como un modo de poner límite a la emergencia del goce, sin que esto se traduzca en sometimiento, sino que habilite un goce más pacificado. Es decir, tales intervenciones, se hipotetiza, que son una forma de hacer barrera al exceso de goce, con el fin de que el sujeto tome a su cargo cierta regulación (Soler, 1992).

También, a partir de la descompensación que presentó P., en el periodo de pascuas, se hipotetizó desde el equipo que tal recaída pudo iniciarse por situaciones de contenidos religiosos y amorosos. En este punto se señala que la transferencia en la psicosis implica un Otro que lo busca, quiere y persigue al sujeto, quiere gozar de él (Zenoni, 2021). Frente a estos momentos críticos, donde se presentaron en P. distintos fenómenos elementales, las

intervenciones por parte del equipo tuvieron que ver con el acompañamiento individual y familiar.

Por otra parte, es sabido que el psicótico está sujeto a un Otro del que intenta escapar, confrontar o defenderse, lo cual produce rupturas en el lazo social (Tejo, 2021), aspecto que se intenta establecer o favorecer en la institución. Ello se puede relacionar con el cálculo clínico que se llevó a cabo con respecto al desarrollo de sus habilidades sociales para luego, en un segundo momento, acompañarlo en la búsqueda laboral. Para que un lazo sea posible, se requiere que el analista asuma una posición como semejante, que aloje al sujeto y permita cierto vaciamiento de goce.

### **“Los segmentos”, invención singular que posibilita un lazo**

Se sabe que P. prepara su “segmento” para compartir con el grupo en cada encuentro, idea que fue propuesta por él y que, desde el equipo, se decidió “reglar”, es decir, darle otro estatuto como actividad sostenida que funcione como puente para hacer lazo. Intervención no azarosa, sino dirigida a acompañar al sujeto en su invención y que mediante este saber-hacer, la palabra pueda circular.

Por lo tanto, se puede considerar que esta invención singular del sujeto es un modo de hacer con lo real y justamente, es sobre el campo de la transferencia donde se escriben estas respuestas inéditas (Belucci, 2014). Cabe mencionar que, para la instalación de la transferencia, se requiere de una terceridad que opere en acto. En este caso, el “segmento” es aquel elemento que funciona como terceridad y hace posible la transferencia. También, los intereses compartidos, los temas de conversación que se ponen en juego en la dinámica de un taller operan como terceridad.

En ocasiones, en el transcurso de alguna actividad grupal, P. se mostraba insistente en querer mostrar su segmento y lo hacía repetidamente durante el encuentro. Se observó que en estos casos, los talleristas le señalaban a P. que podrá mostrar su video pero no en el preciso

instante en el que se llevaba a cabo otra actividad. De esta situación se puede mencionar al menos dos puntos. Por un lado, lo que tiene que ver con las características de la transferencia: en este caso, un tanto intensa, lo cual se observa en la insistencia de P. Por otra parte, el actuar del coordinador, quien en estos casos opta por una orientación más “limitativa”, mediante un oportuno “no”, el cual conviene que no replique la estructura imperativa a la que el sujeto ya se encuentra sometido, de forma que habilite otros caminos posibles. Aquí, el “no” es el elemento que sostiene en el límite la función tercera de la transferencia (Belucci, 2014). “La transferencia tiene siempre el mismo sentido de indicar los momentos de errancia y también de orientación del analista” (Lacan, 1951, p. 215).

### **Acompañar al sujeto en su invención, proyecto de intervención**

En una de las reuniones con la tutora de campo, se pensaron algunas ideas para el proyecto de intervención. La practicante le preguntó si era viable pensar alguna propuesta que tenga que ver con distintas “reflexiones”. Frente a ello, la tutora indicó en que no era conveniente debido a que tal intervención podría aplicarse en la neurosis (donde hay que vencer resistencias) pero no así en la psicosis (donde se apunta a “armar” al sujeto mediante propuestas concretas). Esta orientación por parte de la tutora, se alinea con lo que Zenoni (2021) menciona, en relación a la maniobra de la transferencia en la psicosis. Dicha maniobra debe apuntar a apaciguar las intervenciones que busquen el “sentido” o el “poner en palabras”, ya que lo simbólico, en la psicosis, comporta un aspecto de real. Por lo tanto, el registro del “sentido” remite a una dimensión sin límites, sin punto de detención, lo cual, puede volverse amenazador para el sujeto. Esta práctica de “dejarlo hablar indefinidamente”, no tendría como efecto la anulación del goce, sino su mantenimiento.

Con esta orientación, fue posible pensar otra propuesta que tenga en cuenta estos puntos, en términos concretos y observando la dinámica de los talleres. Como se ha señalado a lo largo del TIF, el tratamiento en la psicosis se plantea a partir de las diversas invenciones

singulares, suplencias o modos de hacer con un real, que el sujeto produjo o podría producir (Amigone, 2019). Es así como se planteó un proyecto que propició un espacio para la producción creativa y subjetiva de los concurrentes.

Para la realización de la fundamentación del proyecto, se tomaron como referencia distintos autores. Entre ellos, Raffo (2018), quien plantea que la producción subjetiva de los pacientes debe apuntar a un saber hacer singular, de forma que logre cierto alivio de su padecer. Pudo observarse que P., desde un primer momento en donde se propuso el proyecto, se mostró entusiasmado, preguntó por el mismo y en el instante en el que se llevó a cabo, pudo involucrarse en la actividad, participar de la conversación y hacer sus aportes singulares. También, en el momento de devolución a la practicante, P. se mostró contento por la propuesta llevada a cabo. La practicante acompañó al sujeto en sus invenciones, como uno de los diversos modos de intervenir (Pereyra, 2016).

P. se mostró colaborador, participativo y entusiasmado en dicho proyecto de intervención, de manera que su idea de publicar fotos pudo adecuarse a una actividad posible que involucre una dinámica grupal y a su vez, una elaboración subjetiva. Este proyecto, por cierto, no hubiese sido posible sin la instalación de un rapport, para el cual, según Freud (1913) se necesita tiempo y propiciar un interés genuino. Es decir, fue necesario un primer tiempo en donde practicante y concurrentes se conozcan, propiciar una escucha e interés genuino y de esta manera en un segundo tiempo, fue posible llevar a cabo tal intervención, teniendo en cuenta la singularidad de cada uno y abocándose en el encuadre de un trabajo grupal. De esta manera, sobre el campo de la transferencia fue posible la inscripción de algo singular en el proyecto de intervención, es decir, el sujeto produjo subjetivamente algo con la propuesta.

### **Institución que permite un orden**

El dispositivo taller opera para producir en acto, una extracción de goce. Por un lado, Belucci (2008) menciona que una forma es armar una escena más habitable para el sujeto, que le permita instituir un otro más amable. Otra manera es apostar a la producción de algún objeto que pueda funcionar en acto, es decir, algo se produce en acto y de ello puede resultar un objeto.

Se necesita de un Otro que aloje los diversos modos de ser, estar y hacer lazo social. En otras palabras, es necesario una institución que se sirva y aprenda del saber que queda fuera de las normas y no se relaciona con el conocimiento universitario, sino con un saber singular, inédito (Alber, 2019). En este sentido, Nodal es una institución que ofrece un lugar para la creación de soluciones particulares, las distintas formas de arreglarse con un real. Además, como fenómeno discursivo, permite cierto ordenamiento en el sujeto.

Siguiendo lo anterior, la actividad sostenida y reconocida por un otro social, habilita la construcción de un *sinthome* (Valdebenito, 2008), función que permite cierta regulación del goce (Manfredi, 2018). A ello apunta el trabajo del Centro de Día Nodal, donde cada taller se configura por una estructura que establece un tiempo, espacio y están orientadas por un modo de funcionamiento. Es decir, se enmarca en una forma de trabajo que permite cierto ordenamiento simbólico (Raffo, 2018), con el fin de que los sujetos puedan apropiarse de las actividades propuestas. A su vez, se relaciona con lo que Fridman (2009) propone al decir que instaurar una serie supone instaurar un reordenamiento simbólico. No sólo se establece un encuadre para el despliegue de los talleres sino también para los espacios de tratamiento individual y familiar.

Fridman (2009) expresa que, para el tratamiento de las psicosis, la escucha individual no es el único dispositivo, sino que existe toda una serie de dispositivos posibles para ejecutar la función del secretario del alienado. En relación a ello, Belucci (2008) propone no limitarse

a un único dispositivo, sino instituir una pluralización de dispositivos, lo cual habilita crear espacios delimitados y a su vez, permite cierta distribución de goce que produce alivio. Se sabe que P. no solo frecuenta los talleres sino también cuenta con un espacio de tratamiento individual psiquiátrico y psicológico, tiene acompañante terapéutico y por otra parte, asiste a RecrAate. Se puede hipotetizar cierta distribución de goce que produce alivio, por el hecho de que P., no solo hace uso de varios dispositivos, sino que además, la transferencia se da distribuidamente con varias personas de la institución. Elegir un formato de funcionamiento u otro responde a la particularidad del caso y las apuestas del tallerista (Belucci, 2008). En el proceso de admisión de P., se observaron estas cuestiones y se ubicaron distintos intereses, lo que llevó a elegir el plan de tratamiento.

### **Una modalidad de psicoanálisis aplicado**

Tal como se mencionó, un modo de psicoanálisis aplicado es la llamada práctica entre varios. La misma busca la cura del lado del paciente y no de la institución (Di Ciaccia, 2003), lo que la diferencia de otras prácticas como la psicoterapia individual. Esta última se orienta por una jerarquía de saberes. En cambio, la práctica entre varios no requiere que los analistas sean expertos teóricos, sino que requiere de su presencia en acto, la intervención y el trabajo en cada situación singular. De esta forma, el saber aparece del lado del paciente (Briole, 2004).

La función de partnership, eje que orienta el trabajo de la institución (Di Ciaccia, 2003) se podría asemejar a la función del *referente* en Nodal, la cual se encuentra al servicio de la singularidad de cada paciente. De esta manera, a cada participante se le asigna un referente, quien a su vez puede estar a cargo de varios concurrentes. Este referente realiza orientaciones a la familia y actúa como un intermediario al que los participantes pueden dirigir sus dudas, avisos y demandas. Además, el referente hace de nexo de comunicación con los talleristas, para transmitir avisos y detalles importantes.

En la reunión antes de comenzar las PPS, la tutora de campo y el coordinador del área le señalaron a la practicante que, ante cualquier duda, demanda o pregunta que realicen los concurrentes, pueda derivarla al referente. De esta manera, en varias oportunidades durante las PPS, frente a demandas o preguntas específicas de los participantes, la practicante derivaba tales cuestiones a la función de los referentes. Se observó que P. entiende y acepta este funcionamiento ofrecido por la institución, de manera que cuando se le presenta alguna duda, avisa a su referente. También, P. da aviso a su referente cuando no asistirá a algún taller, así como también cuando se terminan las galletas o el jugo.

El segundo eje que propone Di Ciaccia (2003) enfatiza la importancia de las reuniones del equipo, aspecto central en la orientación de trabajo de Nodal, donde se podría considerar las reuniones clínicas llevadas a cabo, que permiten al equipo conversar sobre los casos, promoviendo un espacio donde cada miembro, desde su decir responsable, puede aportar su perspectiva. Este intercambio contribuye a la elaboración de un saber y de esta forma, la palabra pueda devenir en acto. En este eje también podrían considerarse las reuniones de admisión, en las que participan los intervinientes del abordaje del caso.

Tal como se ha mencionado, en Nodal, se trabaja de manera interdisciplinaria, donde se encuentran profesionales psicólogos, psiquiatras, acompañantes terapéuticos y asistentes sociales. Lo cual, se relaciona con lo que Raffo (2018) expresa al decir que la implicancia de los distintos saberes enriquecen el trabajo del espacio terapéutico. El plan de tratamiento que se arma para cada sujeto es singular y responde a las exigencias clínicas que parten del sujeto (Di Ciaccia, 2003).

El tercer eje se centra en el rol del responsable terapéutico, función que podría asemejarse a la del director de la institución, quien ofrece orientación y escucha a cada integrante del equipo. Su función no solo implica supervisar el trabajo del equipo, sino también facilitar un espacio donde se puedan abordar las inquietudes y necesidades de cada

miembro, asegurando una convivencia. El responsable es quien encarna la función de hacer que todo marche a favor de los objetivos propuestos. Finalmente, el último eje consiste en la referencia teórica-clínica que orienta el trabajo en la institución: el psicoanálisis.

### **Aspectos éticos, la prudencia y el respeto**

En la primera reunión con la tutora académica, antes de comenzar las PPS, se le señaló a la practicante sobre la importancia de la prudencia en el trabajo con sujetos con psicosis y le proporcionó bibliografía para adentrarse en el tema. A su vez, en el primer encuentro con la tutora de campo y el responsable del área de capacitación y docencia, se aclaró la misma cuestión. Esta manera de proceder con cautela, en el tratamiento de sujetos con psicosis, es propuesto por Freud y Lacan, principalmente por los riesgos que conlleva una actitud no prudente.

Se opta por una ética que respete la singularidad de cada concurrente al realizar las distintas actividades en los talleres, con el fin de que los sujetos se puedan comprometer subjetivamente en la actividad (Raffo, 2018). En este sentido, los talleres que ofrece Nodal no apuntan a seguir reglas rígidas a modo de “enseñar y aprender técnicas artísticas” (aunque podría ser un efecto), sino que se dirigen más bien a la expresión subjetiva de las actividades, como forma de aliviar el padecimiento y favorecer el lazo social. Por lo tanto, se trata de una cuestión ética del coordinador el hecho de orientar y acompañar la implicancia de un sujeto en las propuestas y darle lugar a sus invenciones y a sus modos de ser y estar.

### **Conclusiones**

P. ha mostrado transferencia hacia la institución, entendiendo la dinámica de los talleres y aceptando las actividades propuestas desde el primer momento. Su compromiso con la institución se infiere desde su puntualidad, asistencia, interés, disposición y propuestas que realiza. No solo demuestra una transferencia hacia la institución sino también con quienes participan de la misma, de manera que con algunos se observa una mayor cercanía que con

otros. P. ha mostrado ser una persona innovadora y activa, sin embargo, en ocasiones conviene acotar u orientar el exceso de goce, de manera que ciertas intervenciones por parte del equipo tuvieron que ver con ello.

Por lo desarrollado a lo largo del TIF, cabe mencionar la importancia de los tres pilares de la psicología. Por un lado, el análisis propio, para que las intervenciones del analista no resulten nocivas y sea posible el acompañamiento y el trabajo con estos sujetos. Las reuniones de supervisión, así como también la formación académica resultaron de gran relevancia para esclarecer la forma de proceder y entender el funcionamiento de los sujetos. Estos aspectos, se relacionan directamente con una posición ética que se requiere asumir.

Este trabajo marca la importancia de conocer los aspectos transferenciales que se ponen en juego en la psicosis, para que con ello, el analista asuma una posición convenida, que le permita, algún tratamiento posible y singular para cada sujeto. En otras palabras, la transferencia de sujetos con psicosis, en el contexto de talleres de expresión artística, tiene características particulares. Tales características se hacen necesario conocer para poder intervenir siguiendo las coordenadas particulares de cada caso y poder maniobrar, justamente en la transferencia.

Los talleres que se ofrecen en Nodal, operan para que algo se produzca en acto, lo cual no solo puede resultar en un objeto material artístico sino, principalmente, para que se produzca una extracción de goce y haga la vida más soportable al sujeto. Para ello se requiere que el coordinador ponga el cuerpo y trabaje en presencia, acompañando al sujeto en su invención y ofreciendo un lugar en donde, sobre el campo de la transferencia, sea posible la creación. Nodal, se convierte en un lugar en el cual no solamente aloja los arreglos que el sujeto se ha armado, sino que promueve la invención de soluciones particulares, respetando la posición subjetiva de cada uno y favoreciendo los lazos sociales.

Por último, se concluye que la clínica no es sin una transferencia que la haga posible y, tal como Freud lo expresó, su eficacia reside en el manejo de la transferencia. Manejo difícil, pero el más importante del análisis. Por lo tanto, la clínica, no es posible sin que se produzca esta dinámica y es sobre el campo de la misma en donde se construyen los distintos decires e invenciones. Es sobre este campo donde aparece el sujeto y es el analista quien lo hace aparecer en la interlocución, en el diálogo con él.

A lo largo del trabajo no sólo se afirma la existencia de transferencia en la psicosis, sino también que la misma opera con determinadas particularidades (como la inversión de Suposición) que la diferencian de la transferencia en la neurosis. Precisamente en los talleres de expresión artística de un Centro de día para pacientes con psicosis, aparecen fenómenos transferenciales característicos de la estructura tales como la erotomanía y la persecución, donde se hace necesario maniobrar. Entendiendo que a partir de la transferencia es posible un tratamiento, en estos contextos la charla y las producciones artísticas, funcionan como terceridad para su instalación.

### **Acerca de la utilidad de la Práctica Pre Profesional Supervisada**

Las prácticas Pre Profesionales Supervisadas permitieron explorar el área de la psicología clínica, en el contexto de una institución de Salud Mental. Además, permitieron conocer el abordaje de pacientes con psicosis desde la orientación psicoanalítica. Cabe señalar la importancia de la prudencia y el respeto por la posición subjetiva de cada sujeto, es decir, los aspectos éticos que se tienen en cuenta en la institución y la manera de pensar las intervenciones, desde la singularidad.

También fue muy relevante observar el trabajo en equipo que hace a la institución, el hecho de no quedarse solo con la tarea. Por otra parte, las reuniones de supervisión resultaron muy importantes, ya que en ellas no sólo se acompañó desde lo teórico, sino también desde lo práctico. Es decir, sirvieron para esclarecer dudas, conocer la manera que conviene

posicionarse frente a cada sujeto y el acompañamiento al momento de intervenir con el proyecto propuesto. Todo ello permitió realizar una articulación teórico práctica.

Finalmente, estas prácticas fueron muy enriquecedoras en cuanto a la formación profesional. Las mismas permitieron acercarse y observar el rol del psicólogo en el contexto de un Centro de Día. Además, no sólo despertó el deseo de seguir formándose académicamente sino también el deseo de análisis propio desde la orientación lacaniana. En otras palabras, las prácticas realizadas en Nodal aportaron a la formación tanto teórica como práctica y además, propiciaron motivación para seguir aprendiendo.

### **Propuestas**

A la carrera Licenciatura en Psicología se le propone poder explorar por distintas prácticas a lo largo de la carrera, es decir, introducir más prácticas que permitan cierta articulación con la teoría. También, brindar una orientación en relación al TIF, antes de su comienzo. Por último, se propone ofrecer un breve acercamiento sobre el lugar en donde se desarrollarán las PPS, así como detalles importantes a considerar.

A la institución, se propone que los alumnos practicantes tengan un conocimiento sobre el historial clínico de los sujetos implicados en los talleres, para conocer algunos aspectos en relación a su historia, qué los desestabiliza y qué funciona con ellos, de manera que sirva para orientarse sobre cómo posicionarse. Brindar la posibilidad de participar, desde un rol observador no participante, en reuniones clínicas, para explorar de manera más cercana esta vertiente. A los profesionales en psicología se les propone continuar en el acompañamiento a los alumnos, en el esclarecimiento de dudas y reuniones de supervisión.

Por último, a los alumnos se les propone elegir las áreas de realización de las prácticas, desde el interés y desde una disposición que permita enriquecerse a partir de ellas, de manera que se pueda aprovechar el periodo en que se realiza y a su vez, tengan la posibilidad de realizar su aporte. Además, se les propone asumir la responsabilidad ética de

orientarse por los tres pilares de la psicología. La formación académica, las supervisiones y la importancia del análisis propio, hablan acerca de la responsabilidad del rol del psicólogo y del respeto y cuidado con las personas con quienes se trabaja.

## REFERENCIAS

- Alber, C. S. (2019). Psicosis y vínculo social: Una orientación no segregativa para pensar la práctica en instituciones. *Norte de Salud Mental*, 16(60), 67-74.
- Álvarez, I. (2012). La transferencia: un recorrido en la obra de Freud y Lacan. En *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Amigone Forte, J. (2019). ¿Qué lugar (es) para el analista en la psicosis? En *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Belucci, G. (2008). *El dispositivo taller en la clínica de las psicosis*. elSigma.com  
<https://www.elsigma.com/hospitales/el-dispositivo-de-taller-en-la-clinica-de-las-psicosis/11841>
- Belucci, G. (2009). *Psicosis: de la estructura al tratamiento*. Letra Viva. Buenos Aires.
- Belucci, G. (2014). *La transferencia en las psicosis*. elSigma.com  
<https://www.elsigma.com/hospitales/la-transferencia-en-las-psi-cosis/12733>
- Blank, S., y Fiochi, A. (2014). El arte: un abordaje metafórico de lo real. En *Jornadas Jacques Lacan y la Psicopatología*. Psicopatología Cátedra II-Universidad de Buenos Aires.
- Briole, G. (2004). Orientarse con el psicoanálisis en la práctica institucional. *Norte de Salud Mental*, 5(19), 34-40.
- Carrasco Bahamonde, J. A. (2020). *La creación artística como tratamiento de lo traumático*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de General San Martín].  
<https://ri.unsam.edu.ar/handle/123456789/1710>

- Castro Tolosa, S. (2023). La transferencia en las psicosis. En *XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Chamorro, J. (2004). Clínica de las psicosis. *Cuadernos del Instituto Clínico de Buenos Aires*, 8, 147.
- Di Ciaccia, A. (2003). A propósito de la práctica entre varios en La Antenne 110 de Genval (Bélgica). *Intervención del 23*.
- Erroteta J. M. (2009). Transferencia y contratransferencia en los pacientes psicóticos. *Norte de Salud Mental*, 8(33), 67-72.
- Evans, D. (1999). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Paidós.
- Freud, S. (1895). Estudios sobre la histeria. En *Obras Completas* (Vol. 2). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños (primera parte). En *Obras Completas* (Vol. 4). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1900-1901). La interpretación de los sueños (segunda parte). En *Obras Completas* (Vol. 5). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Obras Completas* (Vol. 7). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras Completas* (Vol. 12, pp. 93-106). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I). En *Obras Completas* (Vol. 12, pp. 121-144). Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II). En *Obras Completas* (Vol. 12, pp. 145-158). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917 [1916-17]). 27° Conferencia. La transferencia. En *Obras Completas* (Vol. 16, pp. 392-407). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917 [1916-17]). 28° Conferencia. La terapia analítica. En *Obras Completas*. (Vol. 16, pp. 408-422). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1918 [1914]). De la historia de una neurosis infantil. En *Obras Completas* (Vol. 17, pp. 1-112). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1924). La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis. En *Obras Completas* (Vol.19, pp. 189-198). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1924). Neurosis y psicosis. En *Obras Completas* (Vol.19, pp. 151-155). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1925 [1924]). Presentación autobiográfica. En *Obras Completas* (Vol. 20, pp. 1-67). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1940 [1938]). Esquema del psicoanálisis. En *Obras Completas* (Vol.23, pp. 133-207). Amorrortu Editores.
- Freud, S (1910). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas*. (Vol.11, pp. 129-142) Amorrortu Editores.
- Fridman, P. (2009). Transferencia y psicosis II. En *Escuchar las psicosis. De la locura animista a la psicosis ordinaria* (pp.197-210). Grama Ediciones.
- González Martínez, M. F. (2016). Dimensiones de la transferencia. En *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Granados, E. E., y Funes, M. L. (2017). Secretario del alienado y maniobra de la transferencia en el tratamiento de la psicosis. *Affectio Societatis*, 14(27), 45-69.
- Jaimes, C. F., y Rincón, J. L. A. (2010). Psicosis y lazo social: abordaje desde el dispositivo analítico lacaniano. *Tesis psicológica: Revista de la Facultad de Psicología*, (5), 30-45.
- Lacan, J. ([1955-1956]1984). *Seminario 3 Las psicosis*. (1ª ed). Editorial Paidós.
- Lacan, J. ([1958] 1984). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis. En *Escritos II* (pp. 513-564). Editorial Siglo XXI.
- Lacan, J. ([1958] 1984). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos II* (pp. 565-626). Editorial Siglo XXI.
- Lacan, J. (1954-1955). *Seminario 2 El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. (1ª ed). Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1957-1958). *Seminario 5 Las formaciones del inconsciente*. Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1960-1961). Crítica de la contratransferencia. En *Seminario 8 La Transferencia* (pp. 209-226). Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1960-1961). La transferencia en presente. En *Seminario 8 La Transferencia* (pp.195-208). Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1961-1962). *Seminario 9 La identificación (Versión Crítica)*. (Ed. R. E. Rodríguez Ponte). Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- Lacan, J. (1964). El campo del otro, y retorno de la transferencia. En *El Seminario 11 Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (pp. 211-252). Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1964). La transferencia y la pulsión. En *Seminario 11 Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (pp. 129-194). Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1975-1976). Clase 4: 13 de Enero de 1975. En *Seminario 23 El Sinthoma*. (Ed. R. E. Rodríguez Ponte). Escuela Freudiana de Buenos Aires.

- Lacan, J. (1977). Clase 5. Lo real continua lo imaginario. En *Seminario 24*. Psikolibro.
- Lacan J. (1951). Intervención sobre la transferencia. En *Escritos I* (pp.204-218). Editorial Siglo XXI.
- Lacan J. (1953-1954). *Seminario 1 Los escritos técnicos de Freud*. (1ª ed). Editorial Paidós.
- Lacan J. (1956-1957). *Seminario 4 La relación de objeto*. (1ª ed). Editorial Paidós.
- Lagache, D. (1956). El problema de la transferencia: Relato teórico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 1 (3), 367-421.
- Ley Nacional de Salud Mental [N°26657] Diciembre 2 de 2010 (Argentina).  
<https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalcarrillo/informacion-util-hcrc/ley-de-salud-mental-26657>
- López Laso, J. M. (2019). *La cuestión de la transferencia en la psicosis*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Complutense de Madrid].  
<https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/ee21a0a7-0a28-4dc0-92f4-9f99472b3ae8/content>
- Maleval, J.C. (2002). *La forclusión del Nombre del Padre. El concepto y su clínica*. Editorial Paidós.
- Manfredi, H. A., Trigo, M., Almécija, M., Croattini, P. P., D'Urzo, M., Freire, C., Lado, V. N., Paolin, C., Pirroni, A., Ravone, M. P., Santana, M., Topper, F., Ulrich, G.M. y Velez, N. (2018). Sublimación y sinthome: sus diferencias. En *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Millas, D. (2015). *El psicoanálisis pensado desde la psicosis*. Grama.
- Palacio, J. M. E. (2009). Transferencia y contratransferencia en los pacientes psicóticos. *Norte de Salud Mental*, 8(33), 67-72.

- Raffo, M. (2018). *Clase virtual grupos expresivos*. Studocu. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-catolica-de-cuyo-san-juan/psicoanalisis/grupos-expresivos/87322607>
- Ramírez J. (2008). Hacia una clínica de las suplencias en la psicosis. *Affectio Societatis*, 5(9), 6.
- Soler, C. ([1992] 2004). *El inconsciente a cielo abierto de la psicosis*. Editorial JVE.
- Soler, C. (1992). *Estudios sobre las psicosis*. Ediciones Manantial.
- Tejo, R. (2021). La interpretación no-toda y el lazo social. *Revista de Psicología-Tercera época*, 20.
- Valdebenito Fuentes, Y. (2008). *Psicosis y arte: ¿Es posible que los psicóticos puedan a partir de cierta autoría en la creación artística generar la ortopedia de la subjetividad?*. [Licenciatura de grado, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología].
- Vetere, E. (2010). La eficacia del sinthome en la clínica de las psicosis. En *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Zenoni, A. (2021). *La otra práctica clínica. Psicoanálisis e institución terapéutica*. Grama.

## APÉNDICE

### APÉNDICE A

#### **Proyecto de intervención “*Diario de Nodal*”**

Nombre: Ana Hidalgo

Institución: Nodal - Centro de día

Tutor a cargo del practicante: Eugenia Patiño

Período en el que se realiza la PPS:

- Inicio: 26/02/2024
- Finalización: 30/05/2024

Año: 2024

#### **FUNDAMENTACIÓN**

En el marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas, llevadas a cabo en el Centro de Día Nodal, se propone un proyecto de intervención en el taller de noticias y cocina. A continuación, se describirán características del grupo que lo conforman y algunas de las actividades realizadas en el periodo de Marzo y Abril del presente año. Además, se detallarán los fundamentos teóricos que sustentan la propuesta de intervención.

El taller de noticias y de cocina está conformado por un grupo de once personas: ocho pacientes, dos talleristas y una practicante. De manera intercalada, cada semana se realizan el taller de noticias y el de cocina, estando a su vez, relacionados entre sí.

En el taller de noticias se llevan a cabo actividades que apuntan al contacto de los pacientes con el mundo exterior, favoreciendo de esta manera el lazo social, uno de los objetivos principales de la institución. En dicho taller se ofrece un espacio en donde cada participante puede expresar y compartir lo realizado personalmente durante el fin de semana.

También, se leen, seleccionan y se escriben noticias nacionales y provinciales, mediante el uso del diario físico como también del digital. Es decir, cada integrante tiene la

oportunidad de leer y seleccionar una noticia de su interés, compartirla con el grupo y registrarla en el cuaderno de noticias.

Además, se busca el video de alguna receta (elegida anteriormente en el taller de cocina), donde se observa el procedimiento. De esta manera, se organizan y se dividen los ingredientes que cada uno traerá para la semana siguiente (para el taller de cocina). El día suele finalizar con un segmento que trae uno de los pacientes, quien comparte videos, chistes y curiosidades.

Por otra parte, se cuenta con el recurso de canal de aire, donde se pueden ver distintos noticieros y canales. También se realizan actividades por fuera de la institución, tales como salidas a desayunar.

En cuanto a las actividades del taller de cocina, se eligen distintas recetas a partir de los intereses del grupo y luego se anotan en un cronograma. Luego, de acuerdo a las fechas fijadas, cada integrante aporta algún ingrediente y se lleva a cabo grupalmente.

Una vez consumida la receta, se realiza una puntuación de la misma y así, cada participante puede expresar su opinión al respecto. Por otra parte, tanto los ingredientes como los pasos a seguir de la receta, son registrados en el cuaderno de cocina. El día suele finalizar también, con el segmento de uno de los pacientes.

En base a las actividades descriptas, se propone en el presente proyecto, la realización de un “Diario de Nodal” que contemple noticias tanto individuales como grupales. Por lo tanto, la propuesta de intervención se llevaría a cabo en dos momentos:

1. Primero, que los participantes compartan alguna noticia propia, como por ejemplo, lo que realizaron el fin de semana o una noticia sobre lo que les gusta hacer generalmente. Y mediante el uso de fotografías, dibujos o recortes de revistas, puedan proyectarlo en un afiche y registrarlo de manera escrita en el mismo.

2. Segundo, que se realice un collage grupal con las noticias del taller, como por ejemplo, que se visibilice qué actividades realizamos en el taller de cocina. También, mediante el uso de los recursos materiales mencionados, se proyecte en otro afiche.

La idea de la propuesta surge a partir del interés de uno de los pacientes, de compartir en redes sociales, las actividades que se realizan en el taller. Tomando esto y a través de las supervisiones de la tutora de campo, se logró adecuar el interés del paciente en esta propuesta de intervención. Además, la idea fue comentada con la tallerista, de quien se pudo tomar sugerencias.

El objetivo es crear un “Diario” que sea propio de los participantes de Nodal, que logren subjetivar algo de su historia y sus creaciones artísticas, y su vez apuntando pueda ser compartido con los integrantes de los demás talleres, es decir, que sus producciones se puedan visibilizar y compartir con otros.

En cuanto a los fundamentos teóricos que sustentan este proyecto de intervención, se especificarán dos ejes relacionados entre sí: creación artística y elaboración subjetiva y, por otro lado, trabajo grupal y lazo social.

### ***I. Creación artística y elaboración subjetiva***

Esta intervención está direccionada a que los pacientes puedan elaborar algo de lo que les pasa a través de la creación artística de realizar un collage. Por ello, se puede decir que “El arte puede entenderse como una operación simbólica, más precisamente como metáfora. Recurso que le permite al sujeto (re)constituirse frente a aquella falta inaugural que a su vez, le resulta insoportable” (Blank y Fiochi, 2014, p.2). En este sentido, la actividad tiene como fin que el sujeto pueda reposicionarse frente a su padecer.

Siguiendo lo anterior, se puede decir que el arte funciona como medio para que el sujeto pueda hacer algo con la pulsión, un “saber hacer”, donde surge no sólo un objeto sino

también un sujeto. Es decir, el arte entendido como metáfora, le permite al sujeto un cambio de posición subjetiva (Blank y Fiochi, 2014). Ello se relaciona con lo que Raffo (2018) expresa:

La producción subjetiva no es que el paciente aprenda un saber acerca del oficio de pintar o de conducir una radio, sino que tome un papel activo en la cura que eligió, y así produzca algo nuevo con relación a su padecer, algo que lo alivie. (p.4)

Martín de Villodres (2014) expresa que debemos ofrecerle un lugar que le permita un proceso de resignificación y acompañarlo en sus producciones creativas. En este caso se le ofrece al sujeto un espacio para llevar a cabo la actividad propuesta y así, tal como lo menciona Raffo (2018), pueda comprometerse subjetivamente con la actividad y resignifique algo de su padecer.

## ***II. Trabajo grupal y lazo social***

Uno de los puntos a los que se dirige el presente proyecto es compartir las producciones de los pacientes del taller de noticias, con los participantes de los demás talleres. En este sentido, Martín de Villodres (2014) expresa: “El proceso creador proporciona a la persona experiencias y herramientas para una mejor comunicación y socialización” (p.4).

En cuanto al trabajo grupal y la posibilidad de hacer lazo social en el sujeto psicótico, Jaimes y Rincón (2010), expresan lo siguiente:

El trabajo grupal no puede verse únicamente como un espacio donde el psicótico va a hacer o producir un producto que va a contentar al neurótico, no puede verse como un espacio de neurotización; por el contrario, lo que mostramos es la posibilidad de establecimiento del lazo social por cuanto se potencia en el psicótico la posibilidad de emisión de significantes, en tanto desde otro lugar se da el parte de recibido, en tanto que es escuchado; así mismo, más allá de hablar de vínculos sociales, el trabajo grupal sigue potenciando el lazo social pues permite que el psicótico pueda darse un lugar en

un discurso, en tanto pueda no solo enunciar su palabra, sino enunciarla para un otro, con la posibilidad de que otro sujeto la reconozca, la acepte o la niegue o la discuta, pero da cuenta de la posibilidad que el sujeto sea en tanto su palabra, que sea sujeto y se reconozca en tanto hay reconocimiento por parte del otro, proceso fundamentalmente imaginario, que de alguna u otra forma desancla al psicótico de ese real absoluto en el que se halla inmerso para defenderse de lo forcluído, de ese real agobiante en el que goza el psicótico y rompe con la posibilidad de hacer lazo. (p.14)

Siguiendo lo anterior, es importante mencionar que la actividad propuesta apunta a un trabajo de elaboración subjetiva que permita el trabajo con otros y el lazo social.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Crear un “Diario de Nodal” con noticias de los participantes, tanto individuales como grupales.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Ofrecer un espacio para la producción creativa de los sujetos.
- Que los pacientes logren subjetivar la actividad.
- Que puedan resignificar algo de su padecer.
- Que puedan compartir sus creaciones con los demás participantes y con los de otros talleres.
- Favorecer el lazo social de los sujetos.
- Observar los efectos de la intervención.

## **TEMÁTICAS Y PROPÓSITOS DE LA INTERVENCIÓN**

### **TEMÁTICA:**

- Creación de un Diario de Nodal con noticias tanto individuales como grupales.

**PROPÓSITOS:**

- Ofrecer un espacio para la creación artística y la subjetivación de la actividad.
- Dar lugar a la subjetividad e intersubjetividad de los participantes.
- Compartir las producciones con los participantes de los demás talleres.
- Que se visibilice el trabajo elaborado por los sujetos, apuntar al lazo social de los mismos.

**ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN****RECURSOS MATERIALES:**

- Dos afiches.
- Fotografías impresas.
- Papeles de colores.
- Marcadores, crayones.
- Revistas.
- Tijeras y plasticolas.

**RECURSOS HUMANOS:**

- Pacientes.
- Equipo interdisciplinario/talleristas.
- Practicante.

**CRONOGRAMA**

- Día 1: Creación del afiche de noticias individuales.
- Día 2: Creación del afiche de noticias grupales.
- Día 3: Evaluación de los resultados de la intervención.

## REFERENCIAS

- Alber, C. S. (2019). Psicosis y vínculo social: Una orientación no segregativa para pensar la práctica en instituciones. *Norte de Salud Mental*, 16(60), 67-74.
- Blank, S., y Fiochi, A. (2014). El arte: un abordaje metafórico de lo real. En *Jornadas Jacques Lacan y la Psicopatología*. Psicopatología Cátedra II-Universidad de Buenos Aires.
- Jaimes, C. F., y Rincón, J. L. A. (2010). Psicosis y lazo social: abordaje desde el dispositivo analítico lacaniano. *Tesis psicológica: Revista de la Facultad de Psicología*, (5), 30-45.
- López, L. L. (2018). La psicoterapia de grupo y la psicosis: un lugar para el sujeto. *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental*, 21.
- Lozano, D. E. (2019). El lazo social en la psicosis: el artista de los desechos. En *VII Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (Ensenada, 4, 5 y 6 de diciembre de 2019)*.
- Martín de Villodres Cantero, A. M. (2014). Acercando realidades: Arteterapia y psicosis.
- Raffo, M. (2018). *Clase virtual grupos expresivos*. Studocu. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-catolica-de-cuyo-san-juan/psicoanalisis/grupos-expresivos/87322607>

## APÉNDICE B

### Entrevista semiestructurada

Entrevista a la tutora de campo para indagar sobre el caso elegido.

- **DATOS PERSONALES**

¿Cuál es su edad? ¿Cuál es el diagnóstico? ¿Cuándo fue diagnosticado?

- **ACTIVIDADES**

¿Cuál es su pasatiempo? ¿Qué actividades le gusta realizar? Se sabe que una de las actividades que el paciente realiza, por fuera de la institución, es asistir a “RecreAte”. En base a ello, se propone indagar ¿Cuándo comenzó a asistir a recrearte? ¿Qué días frecuenta esta actividad?

- **NODAL**

¿Cuándo comenzó a asistir a Nodal? ¿De qué manera llegó? ¿Qué días asiste a la institución? ¿Cuáles son los talleres en los que se encuentra? ¿Cuál es el tratamiento que lleva a cabo en la Institución? ¿Cuál ha sido la evolución del paciente, en el transcurso de su recorrido por la institución? ¿Ha tenido recaídas? ¿Cómo son las descompensaciones? Se sabe que el paciente atravesó cambios de medicación. En este sentido, se pretende indagar ¿Cómo fue este proceso? ¿Qué medicación está tomando actualmente? ¿Cuáles son los movimientos realizados por parte del equipo, que han resultado beneficiosos para el tratamiento del paciente?

- **TRANSFERENCIA**

¿Cómo es la relación del paciente con la institución? ¿Cómo contribuye a la dinámica del grupo? ¿Cómo es la relación con sus compañeros? ¿Ha tenido conflictos que resolver en dicha relación? ¿Ha establecido relaciones cercanas con algún compañero en particular? ¿Cómo es la relación con los talleristas? Se sabe que una de las actividades que el paciente cumple en la institución es compartir un video de youtube, generalmente al finalizar los

encuentros, actividad que es nombrada como “Segmentos”. En relación a ello ¿Cómo surgió la propuesta? ¿Quién le otorgó el nombre de “Segmentos”? ¿Qué efecto tiene en el paciente poder compartir sus videos?

- **INFANCIA, ADOLESCENCIA Y ADULTEZ**

¿Cuáles han sido los acontecimientos vitales significativos para el paciente a lo largo de su infancia, adolescencia o adultez?

- **FAMILIA**

¿Cómo está compuesta su familia? ¿Con quién convive actualmente? ¿Qué tareas cumple en la casa? ¿Cuál es el plan de trabajo que se armó con la familia? ¿De qué manera la familia lo acompaña en el tratamiento?

- **AMISTADES**

¿Tiene amistades? ¿Dónde los conoció? ¿Desde qué tiempo? ¿Qué suele hacer con sus amigos? ¿Tiene amigos de Nodal?

- **ESTUDIO Y TRABAJO**

¿Cuáles son los estudios alcanzados por el paciente? Se sabe que al paciente le gustaría estudiar sociología ¿Alguna vez tuvo la posibilidad? En relación al trabajo ¿Ha tenido la oportunidad de tener algún trabajo? ¿Cuál es su motivación en relación a estas temáticas?