

IMPLEMENTACIÓN DE UN DISPOSITIVO PSICOANALÍTICO PARA LA INTERVENCIÓN EN UNA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA

IMPLEMENTAÇÃO DE DISPOSITIVO COM FUNDAMETAÇÃO PSICANALÍTICA PARA A INTERVENÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA

IMPLEMENTATION OF A PSYCHOANALYTICAL DEVICE FOR INTERVENTION IN A PSYCHIATRIC INSTITUTION

Liliana Cruz Figueroa¹
Natalia Muñoz Flores²
María del Carmen Rojas Hernández³

Resumen:

Este artículo trata sobre las vicisitudes propias de dos experiencias clínicas, realizadas en un hospital psiquiátrico - simultáneas pero independientes una de la otra - pensadas a partir de la implementación de dispositivos de intervención fundamentados en el psicoanálisis: una de las experiencias consistió en la atención a pacientes en seguimiento posterior a hospitalización y diagnosticados con esquizofrenia, enfatizando su condición singular; y en la otra, a mujeres hospitalizadas por depresión. La finalidad de este texto es enfatizar las posibilidades del trabajo clínico desde una perspectiva psicoanalítica en un contexto hospitalario y sobre todo, resaltar la importancia que tiene la atención a la singularidad de los pacientes que acuden a los servicios de salud en México, especialmente los servicios de atención a la salud mental.

Palabras clave: *Dispositivo psicoanalítico, Psicoanálisis, Hospital psiquiátrico, Esquizofrenia, Depresión.*

Resumo:

Este artigo trata sobre as vicissitudes próprias de duas experiências clínicas realizadas em um hospital psiquiátrico – simultâneas, mas independentes uma da outra – pensadas a partir da implementação de dispositivos de intervenção fundamentados na psicanálise: uma das experiências consistiu na atenção a pacientes em seguimento posterior à hospitalização e diagnosticados com esquizofrenia e na outra a mulheres hospitalizadas por depressão. A finalidade deste trabalho é enfatizar as possibilidades do trabalho clínico desde uma perspectiva psicanalítica em um contexto hospitalar e, sobretudo, ressaltar a importância que possui a atenção à singularidade dos pacientes que chegam aos serviços de saúde no México, especialmente aos serviços de atenção à saúde mental.

Palavras-chave: *Dispositivo psicanalítico, Psicanálise, Hospital psiquiátrico, Esquizofrenia, Depressão.*

¹ Psicóloga, Maestrante del posgrado en Psicología. LFP Estudios Psicoanalíticos: Teoría y Clínica de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. E-mail: psikoideas@gmail.com.

² Psicóloga, Maestrante del posgrado en Psicología. LFP Estudios Psicoanalíticos: Teoría y Clínica de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. E-mail: nataliamzflores@gmail.com

³ Profesora Investigadora de Tiempo completo en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí; coordinadora de la línea de investigación “Atención a la singularidad del sujeto en contextos institucionales”. E-mail: carmen_59@yahoo.com.

Abstract:

This article talks about the own vicissitudes of two clinical experiences, realized in a psychiatric hospital - simultaneous but independent one of the other - thought from the implementation of intervention devices based on psychoanalysis: one of the experiences consisted in the attention to post hospitalized patients with schizophrenia diagnosis, emphasizing its singular condition; and in the other, to women hospitalized by depression. The main purpose, is to emphasize the possibilities of the clinical work from a psychoanalytic perspective in a health center context, and, over all, to emphasize the importance of the attention to the singularity have to the patients who go to the services of health in Mexico.

Keywords: *Psychoanalysis device, Psychiatric hospital, schizophrenia, depression.*

Introducción

El presente artículo tiene la intención de dar cuenta de las generalidades y vicisitudes en la implementación de un dispositivo de intervención psicoanalítica en una institución psiquiátrica a partir de dos experiencias, una de las cuales fue dirigida a pacientes diagnosticados con esquizofrenia y otra a mujeres hospitalizadas por depresión.

Inicialmente se describe una breve contextualización de la situación desde la cual se parte, para mostrar la puesta en marcha de una intervención pensada desde una fundamentación psicoanalítica. Consecutivamente se hablará de las dos experiencias clínicas realizadas, así como de los elementos y condiciones que conformaron el dispositivo utilizado. Lo que se mostrará en este documento tiene la finalidad de convocar a la reflexión sobre la práctica y la atención de los pacientes psiquiátricos, desde una práctica clínica que privilegie la escucha de la condición singular, el caso por caso.

Contexto de las Intervenciones

Las intervenciones se derivaron de los proyectos de dos participantes de la Maestría en Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, adscrita al Padrón Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) en el área de Formación Profesional de Estudios Psicoanalíticos: Teoría y Clínica. Los proyectos corresponden a la línea de investigación: “*Atención clínica a la singularidad del sujeto en contextos institucionales*” coordinada por la Dra. María del Carmen Rojas Hernández y fueron realizados en la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” en el estado de San Luis Potosí.

Se hace alusión a este contexto para dilucidar la problemática central de ambos trabajos, es decir, las particularidades que implica un encuentro entre diversos discursos institucionales, entre los que destacan el académico, el psiquiátrico, el psicológico y el psicoanalítico. El interés investigativo parte de las necesidades percibidas sobre la situación que vive actualmente nuestro país referente a la atención de la enfermedad mental y la alta demanda de servicios de salud de esta índole. Los proyectos se construyeron a partir de lo observado según las necesidades institucionales y clínicas, y a su vez se articularon con el interés propio de cada clínico.

En un hospital psiquiátrico, los discursos que imperan son: el médico, el psiquiátrico y el farmacológico, lo que hace difícil – ya que no es objetivo de la institución –, una atención dirigida a la singularidad de los pacientes, entendida esta como la dimensión única y particular del paciente. El propósito de ambos proyectos fue el de atender la dimensión que se deja de lado desde los discursos que prevalecen en un hospital psiquiátrico: la subjetividad.

La construcción de estas propuestas por lo tanto, fue conformada por los diferentes elementos y discursos que inciden en la población con la cual se intervino; a partir de estos, se formuló un dispositivo que contempló condiciones y posibilidades para poder realizar la intervención propia de cada proyecto.

Se parte de la concepción de dispositivo que brinda el filósofo Michael Foucault en 1997, aludiéndolo, como un conjunto heterogéneo que implica discursos, instituciones, ordenamientos arquitectónicos, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales y filantrópicas, es decir, tanto lo dicho como lo no dicho. El dispositivo, es precisamente la red que se puede establecer entre estos elementos (AGAMBEM, 2011). La dilucidación que hace Foucault sobre dispositivo permite aclarar a qué se hace alusión con *dispositivo de intervención*, justamente para precisar que, en este sentido, se hace referencia a él, como un conjunto de elementos que no son factibles de sistematizarse como un procedimiento y que tampoco es la descripción operativa de un proceso (ROJAS y VEGA, 2009).

Un dispositivo de intervención clínica, planteado desde los elementos mencionados anteriormente, implicó la relación entre 1) los discursos médicos, psicológicos y psicoanalíticos; 2) el hospital psiquiátrico en el cual fueron realizadas las intervenciones – considerando sus espacios de internamiento psiquiátrico y de consulta externa; 3) los requerimientos y limitantes institucionales, tanto del hospital como de la universidad, además de lo descrito en materia de salud mental y 4) el planteamiento del protocolo ante el comité de ética en investigación de la institución psiquiátrica, es decir, el dispositivo se conformó mediante la articulación de estos elementos institucionales y discursivos, lo que posibilitó la atención a la singularidad de los pacientes psiquiátricos atendidos.

Es sabido que el psicoanálisis fue planteado por Freud (1940 [1938]/1992) como un método de investigación, una práctica clínica y una teoría que se realiza bajo ciertas condiciones específicas, que han sido interpretadas como si estuviera determinada únicamente por un *setting* que se reduce a una práctica limitada a ciertas condiciones ortodoxas. Sin embargo, los hallazgos y los análisis realizados sobre el malestar y la psicopatología contemporánea, obligan a replantear otras formas, que a pesar de salirse de los cánones clásicos conserven el fundamento propiamente psicoanalítico, es decir, atender a la escucha de las formaciones de lo inconsciente bajo las posibilidades que la transferencia propicia y, con esto, permitir la apertura del trabajo clínico ante las fronteras impuestas por el método ortodoxo, así como la lectura de la demanda implícita en contextos institucionales.

Los dispositivos se sustentaron en la metodología propia de la línea de investigación, la cual se basa en la revisión teórica, la supervisión clínica y la construcción de caso (ROJAS, 2012).

Parte del concepto de dispositivo, como menciona Deleuze (1990) es considerarlo como un conjunto de elementos que no están determinados *a priori*, sino que son modificables a la circunstancia. Se retoma esta propuesta ya que, si bien se partió de considerar distintos discursos que la sustentan, los elementos que se privilegiaron fueron los propios de cada paciente.

Ahora bien, expuestos los elementos que explican desde donde se parte, se muestran a continuación dos experiencias en las cuales es posible apreciar la puesta en marcha de los dispositivos planteados específicamente para cada población y en función de la singularidad del caso.

Primera experiencia planteada como un dispositivo de intervención para la “Atención terapéutica a pacientes con esquizofrenia”

Introducción

La esquizofrenia actualmente es considerada por el sector salud como una enfermedad o un trastorno neurobiológico con manifestaciones mentales y conductuales. Para diagnosticarla, se requiere de una evaluación clínica y del sustento de los criterios de manuales estandarizados. De esta

tipología, se desprenden otras en las que las manifestaciones psicopatológicas que prevalecen son las alucinaciones, los delirios, el comportamiento y el afecto desorganizados.

Anteriormente, a la esquizofrenia se le consideraba como una de las formas clínicas de la psicosis, así como la paranoia, a la que se identificaba por el abatimiento del vínculo con el exterior – lo que hoy se llama sintomatología negativa de la enfermedad –, al igual que el aplanamiento afectivo. En cambio a la paranoia, se le caracterizaba justamente por la exacerbación del sentido y de los vínculos interpretativos del exterior, así como por una alta actividad de los que hoy se llaman síntomas positivos de la enfermedad, es decir, alucinaciones y delirios.

Desde el psicoanálisis, se continúan haciendo elaboraciones teóricas y prácticas clínicas, partiendo del supuesto de esta dicotomía, ya que se asume que el posicionamiento y dirección del tratamiento varían según la emergencia de cada una de estas dos fenomenologías.

En el área de la psiquiatría, la esquizofrenia es considerada una enfermedad mental que acarrea una serie de síntomas y síndromes, uno de ellos, es el de la paranoia. Según el DSM-IV-TR existe un subtipo de esquizofrenia, llamado esquizofrenia paranoide (ASOCIACIÓN ESTADOUNIDENSE DE PSIQUIATRÍA, 2000); desde el psicoanálisis, tanto la esquizofrenia como la paranoia son dos diferentes formas clínicas de la psicosis. Actualmente, la psicosis es una temática que se considera relevante en las sociedades contemporáneas ya que su emergencia y afección es de alto impacto.

La prevalencia puntual de esquizofrenia es de aproximadamente 5 por 1000 habitantes. (LIEBERMAN, STROUP, PERKINS, 2006). A su vez, Apiquian, R., Aviña, C., Collín, R., Díaz, A. y Corona, F. (2010) arrojan cifras estadísticas que hablan de una tasa de mortalidad por accidentes y por causas naturales mayores que las de la población general: el 50% de los pacientes esquizofrénicos intentan suicidarse por lo menos una vez en su vida, de un 10% a un 15% de estas personas muere debido a esta causa.

En la clínica psiquiátrica de San Luis Potosí, en donde se realizó esta intervención, el 51% de los pacientes que solicitan algún servicio, reciben este diagnóstico (1). En estos pacientes, existe un alto nivel de constantes recaídas e ingresos, lo que conlleva – según los psiquiatras – un fuerte deterioro cognitivo, las razones por las que la institución considera que esto sucede son varias: la propia condición de la enfermedad, las aptitudes para enfrentar su enfermedad, la poca rehabilitación, adherencia al tratamiento y la falta de conciencia de enfermedad, de ahí que desde el enfoque psiquiátrico estos son los rubros que se deben atender.

El enunciado hipotético desde el que se parte para la propuesta de la que se hablará en este trabajo en lo que respecta a la esquizofrenia, es que además de los servicios que el hospital brinda, se puede abordar alternativamente a estos pacientes mediante una atención que considere su singularidad, desde una posición de escucha analítica que se dirija a su estabilización y al mantenimiento de los lazos con lo social.

Como se trata la esquizofrenia

Comúnmente, los pacientes con dicho diagnóstico son intervenidos mediante dispositivos médicos, ya sea de forma privada o por medio de un servicio de salud pública, la atención puede ser de carácter ambulatorio o bien de tipo internamiento. Asimismo, se observa que la mayoría de las veces se trata de un periodo de crisis y, una vez que ésta mejora, se da un seguimiento muy espaciado, sin tener en cuenta la alta vulnerabilidad de recaídas ni el carácter crónico de este padecimiento.

Generalmente, el trabajo con los pacientes desde estos dispositivos médicos es dirigido a su mejoría clínica, entendida ésta como la remisión de su sintomatología. La atención a los procesos

psíquicos de los pacientes – como los aborda el psicoanálisis –, es decir, la vivencia de sus afectos, su sufrimiento, sus angustias y sus delirios resulta escasa. Es habitual que en el medio hospitalario se crea que los pacientes con este diagnóstico *per se* no muestran mejoría clínica significativa sobre todo en los aspectos subjetivos y los síntomas negativos, además de tener un mal pronóstico.

La propuesta psicoanalítica

El psicoanálisis ha sido un gran aportador de teoría y fundamentos para la clínica de la psicosis. Freud fue quien logró situar y dar importancia al contenido alucino-delirante, así como a los propios procesos psíquicos de un psicótico, e incluso a denominar al delirio como un intento de curación (FREUD, 1914/1992).

Sin embargo, es Lacan quién brinda una propuesta clínica y desde un desarrollo filosófico, lingüista, médico y psicoanalítico, logra darle el espacio preponderante al lenguaje, y así a la relevancia clínica de escucharlo.



Jacques Lacan

Desde sus primeros desarrollos teóricos (LACAN, 1955-1956/1984), a partir de la formulación teórica de la instauración del significante del “Nombre del Padre” como formador de una estructura neurótica, en tanto que ordena los registros, instaura el orden simbólico y permite una castración, explica la psicosis como producto de la falla de transmisión de este significante primordial, lo que lleva a la forclusión de la metáfora paterna.

Es hasta sus últimos trabajos, que Lacan (1975-1976/2008) propone una clínica en la que a partir del recorrido teórico de los tres registros y el análisis de la escritura de Joyce, logra articular una *dirección del tratamiento* con la psicosis mediante la formación de una suplencia (LACAN, 1955-1956/1984) del significante del Nombre del Padre y, a su vez, una posibilidad de anudamiento vía el *sinthome* (LACAN, 1975-1976/2008).

Puesta en marcha del dispositivo

Para plantear el dispositivo de intervención utilizado, en el que se privilegia la singularidad del paciente aún tratándose de un contexto institucional, se partió de considerar dos estrategias clínicas realizadas en otras propuestas terapéuticas: para el encuadre se tomó como referencia el realizado desde la propuesta y creación del Hospital de Día, y para la aproximación al paciente, se partió del sustento clínico psicoanalítico aportado desde la obra lacaniana con pacientes psicóticos.

A continuación, se hará referencia a estas dos propuestas:

a) El Hospital de Día es una propuesta que surge a partir del movimiento antipsiquiátrico de 1955 (MANNONI, 1970) y se basa principalmente en preservar la individualidad de los pacientes. Una de las modalidades de atención que se lleva a cabo es la de tipo ambulatorio, aquella en la que se ofrece al paciente la posibilidad de que decida acudir o no acudir, lo que implica una responsabilidad subjetiva; de esta manera, se le ofrece al paciente un espacio para *su decir*. A partir

de esta modalidad, el paciente pudo disponer de un lugar semanal para tener una sesión en la que pudiese hablar de lo que él considerara importante, al margen de las prescripciones institucionales.

b) La Dirección del Tratamiento o aproximación al paciente tiene que ver con su estabilización, entendiéndose ésta como un estado en el cual el paciente ha podido producir una noción de orden respecto a su propio delirio y a sus propias alucinaciones y, a la vez, ha producido que el resto de sus relaciones vinculares hayan sido atravesadas por los cánones de la cultura necesarios para la convivencia fuera del hospital.

Para esto, es necesario precisar ciertas particularidades de la relación transferencial que supone el lugar del analista con respecto al paciente psicótico. La intervención se hizo a partir de retomar la idea de que deben prevalecer dos movimientos o momentos necesarios en la transferencia con estos pacientes, momentos a los que refieren varios autores – a los cuales se hará alusión en párrafos siguientes –, para situarse ante el paciente psicótico, que si bien son movimientos consecuentes, no deben ser vistos desde una perspectiva evolutiva o secuencial.

Se considera como primer *momento* o primer *movimiento* a aquél en el cual el lugar del analista es el de *secretario del alienado*, como lo menciona Lacan (1955-1956/1984); es desde esa función que dicho secretario podría dar cuenta de la “particularidad” de la lengua que habla el paciente. Durante este primer momento, como señala Colette Soler, el analista funge como testigo, como un sujeto al que se le supone *no saber*, *no gozar* y presentar por lo tanto, un vacío en el que el paciente podrá colocar su testimonio (SOLER, 1991, p. 10). Otro autor como Miller, refiere como primer *momento* a aquél en el que el analista se posiciona como un objeto bueno para así taponar esa agresividad imaginaria (MILLER, 1999, p. 277).

Los anteriores son los argumentos que se consideraron para plantear el dispositivo de intervención utilizado, y con ellos se estructuró una propuesta en la que se señaló la importancia de la escucha analítica ante el malestar del paciente. Se subraya la relevancia de esta posición porque desde ella se puntúa y enfatiza la importancia de estar receptivo ante la lengua que especifica y particularmente emplea el psicótico, sólo así se podría formar parte de sus referentes imaginarios, y solo mediante esta posición de testigo, se podrá establecer una interlocución con su discurso.

Hay que tener presente, que el psicótico suele hacer un llamado, a ese lugar en el que Schreber encuentra a Flechsig, a esa posibilidad de suplir con sus predicaciones el vacío percibido de la forclusión, a ese sitio de aquel que sabe y al mismo tiempo goza. La respuesta a ese llamado tendría que ser desde otro Otro, no Otro del Otro. El analista no está en el lugar de la madre, se coloca como el relevo del Nombre-del-Padre (SOLER, 1991, p. 9).

El segundo *momento* vendrá a ser el momento activo, donde el que escucha se posiciona como un agente orientador del goce (SOLER, 1991, p. 10), del que el psicótico es tributario, para que de esta manera se intente reconocer e incrementar los elementos enlazados y, a su vez, conseguir limitar su goce. Miller califica a este segundo momento como el “garante”, el analista tendrá que inscribirse en otro lugar, que no sea el de buen objeto; sino que se inscribe como Otro en relación con el eje imaginario (MILLER, 1999, p. 277).

El analista no puede operar esta maniobra sino desde el lugar del Otro, que es el *partenaire* de las elaboraciones espontáneas del sujeto, a veces podrá maniobrar a fin de orientar la construcción persecutoria o las exigencias erotómanas por las sendas de lo soportable. Ahora bien, si el sujeto psicótico es presa de fenómenos de goce que surgen por fuera del desfiladero de la cadena significante – a “cielo abierto” dice Freud, “en lo real” dice Lacan –, se tratará más bien de obtener un influjo de lo simbólico sobre este real, con el efecto de negativización consiguiente (SOLER, 1991, p. 52). Con este segundo momento, se pretendió ser un intermediario entre la particular lengua del paciente y la del exterior, operando en beneficio del establecimiento del lazo social, dándole al

discurso delirante un lugar en el psiquismo y promoviendo otras posibilidades de vinculación con el exterior.

Se partió de estos supuestos teóricos para la intervención, sin embargo es de importancia mencionar que la práctica clínica fue denotando algunas pautas que se debieron seguir según la situación, por lo que podemos decir que las soluciones singulares dependerán según el caso, que a su vez se acompañarán con la teoría que se puntúa según lo requerido, además del grupo de asesoría y supervisión.

El dispositivo ha permitido dar cuenta de la importancia y relevancia que tiene la atención a la singularidad de pacientes con este diagnóstico. Es por esto que se hará mención de aquellos hallazgos clínicos que han sido imprescindibles para evidenciar las grandes posibilidades que se pueden producir durante una intervención dirigida a estos pacientes, bajo los argumentos del dispositivo aquí expuesto y sobre esto se hacen a continuación algunas interesantes puntualizaciones.

Hallazgos Clínicos

A lo largo de los dos años que se puso en operación el proyecto, nueve pacientes de la clínica psiquiátrica se integraron al protocolo, fueron atendidos en un consultorio de la sala de rehabilitación, en donde se les recibió semanalmente en sesiones de una hora, lo que se describe a continuación son puntualizaciones respecto a temas específicos de los hallazgos de dicho trabajo:

a) Sobre la solicitud

Algunos pacientes formularon una *solicitud de atención* por sí mismos y otros accedieron al tratamiento que demandaron los padres, sin embargo una de las consignas principales del protocolo fue que la única condición es que ellos quisieran asistir.

Se les ofreció un espacio en donde pudieran hablar sobre lo que les acontecía, o sobre situaciones que fueran difíciles, o que les gustaran y quisieran compartir, incluso sobre alguna condición que les pareciera conflictiva en su vida y que quisieran mejorar. Algunos de los motivos de consulta fueron: “*quiero relacionarme con las personas*”, “*quiero tener mejor memoria*”, “*quiero tener amigos*”, “*no quiero sentirme angustiado ya*”, “*quiero llevarme bien con mi pareja*”, “*necesito alguien en quien confiar*”. En algunas situaciones, la solicitud emergió implícitamente y se pudo ver que, desde ese momento, comenzó a circular el lenguaje.

Estos motivos fueron los principales vínculos de inserción en su discurso y los que finalmente permitieron trazar un lazo transferencial. Esto de lo que ellos pudieron dar cuenta y que es trazado desde lo social, fungió como el lazo que les permitió hablar, y desde el cual se pudo comenzar a trabajar. Sin embargo, es importante hacer mención que, en ningún momento, su solicitud se relacionaba con sus síntomas psicóticos, nadie dijo: “*ya no quiero escuchar voces, ya no quiero delirar, ya quiero salir de este mutismo*”, lo cual nos permite ver con claridad, una gran diferencia con la demanda del neurótico; mientras que el neurótico interpela al otro para hablar de su síntoma, el psicótico habla al otro para conservar el lazo, pareciera que el psicótico *sabe* de su propia necesidad de no desenlazarse del otro.

b) Sobre la conceptualización de esquizofrenia y paranoia: aproximaciones diferentes

Para fines clínicos, es imprescindible diferenciar las manifestaciones fenomenológicas entre paranoia y esquizofrenia, las cuales fueron puntuadas a partir del grupo de supervisión. A los pacientes que fueron considerados con paranoia, fue posible notarlos más activos en su discurso, con más producción alucinodelirante, así como con más referencias de significación y plenitud de sentido. Con dichos pacientes se intervino desde una posición de escucha a la que se ha venido

denominando de *primer momento*, atestiguando su propia lengua, compenetrándose de los rasgos de su decir sobre los que depositan los vestigios de su fractura simbólica y posteriormente, en un *segundo momento*, se realizaron intervenciones que apuntaron a orientar su goce, a limitarlo, de igual manera se le dio importancia a otros elementos para que mantuvieran al paciente en lazo, tanto mediante el uso de la palabra, como mediante actividades lúdicas tales como hacer comics, tocar algún instrumento musical o pintando, dependiendo del interés propio del paciente.

Otros pacientes se mostraron posicionados desde un espectro más autístico y mutista, los identificados con esquizofrenia, en los que el lenguaje no parecía circular de manera exteriorizada; con estos pacientes, en el primer momento, se *soprotó* su discurso, en tanto que, a veces, éste carecía de palabras, así se intentó dar un matiz mediante la prestación del cuerpo y la palabra que unificaran una imagen y ciertos trazos de lazo social. En algunas ocasiones, las sesiones eran dentro del consultorio y, en algunas otras, tomaban un matiz más lúdico, a lo largo de las actividades, se realizaron intervenciones en las que se tenía como propósito resaltar la importancia – ante ellos mismos – de lo que hacían, así como de sus logros y habilidades, tales como usar la patineta, jugar a las cartas, practicar la lectura y la carpintería.

En ambos casos, a lo largo del tratamiento, se les puntuó a los pacientes cuales eran aquellas situaciones que los posicionaban en un lugar de vulnerabilidad y como cada uno de ellos reaccionaba ante ellas, es decir, que partes o contenidos de su discurso podrían ser señales de advertencia para ellos de que algo estaba ocurriendo. Por ejemplo, cuando un paciente narraba algún acontecimiento potencialmente desestabilizador, era fácil darse cuenta de que con anterioridad se había analizado otra situación más o menos similar, pero que el paciente no se mostraba capaz de deslizar los procesos trabajados para aplicarlos a la nueva situación presentada. Esto muestra que tales pacientes requieren, de una función imaginaria que preste a partir de otro, la posibilidad de un deslizamiento hacia lo simbólico, pero artificiosamente provocado, vía la intervención.

c) Sobre las “no recaídas”: contradiciendo a los cánones establecidos

En el transcurso de este tiempo, ninguno de los pacientes integrados al protocolo presentó alguna recaída. Con esto, nos referimos a que ninguno de ellos llegó al punto de quiebre donde se haya requerido una intervención de tipo internamiento; lo no quiere decir que no se hayan presentado episodios desestabilizadores, sino que, a pesar de las propias fluctuaciones, propias de la psicosis y de los eventos críticos de la vida cotidiana, encontraron una manera de sostenerse y hacer frente a eso o a cualquier adversidad de la cual nadie estamos exentos, lo que les confiere entonces, un carácter de responsabilidad ante su propia vida.

Es importante hacer notar que, en esta experiencia clínica, se mostró que, a pesar del carácter fluctuante de los pacientes y de la cronicidad propia de su padecimiento, se puede afirmar que el tratamiento llevado a cabo, consiguió forjar un sostén, que a manera de una red imaginaria mantuvo en una situación estable al paciente, sin embargo, es igualmente importante enfatizar que por la condición misma de la no represión en la psicosis, puede no haber lazos asociativos, por lo que se puede afirmar que el tratamiento puede fungir como una prótesis temporal, pero que habrá que mantenerlo como una constante a lo largo de la vida, bajo las diferentes modalidades que el paciente y el contexto permitan.

d) Sobre la constancia en la asistencia al tratamiento

Otro de los hallazgos que llamó la atención fue la constancia semanal y compromiso con las sesiones. Consideramos que esta modalidad ambulatoria ha permitido introducir al paciente en un espacio favorecedor de las funciones simbólicas, en tanto que este es expuesto a un proceso de

ausencia-presencia que, sostenido por la transferencia, funciona como un sostén imaginario y a su vez constitutivo al propiciar la estabilidad de su estructura. Esta constancia también contradice las ideas sobreentendidas que se tienen sobre estos pacientes a cerca de su poca adherencia al tratamiento. Sin ser un objetivo primordial, los familiares refirieron no presentar dificultad para la ingesta de los medicamentos con estos pacientes, así como otros refirieron haber suspendido la ingesta de medicamento por algunas semanas sin que así se denotara un cambio desfavorable.

e) Sobre la respuesta transferencial

En diferentes documentos sobre la transferencia en la psicosis, existen puntualizaciones teóricas que precisan la importancia del lugar que debe ocupar el analista en el tratamiento, ya que si este lugar se pierde y a cambio se presenta como el Otro del saber y voluntad de goce que toma al sujeto por objeto (SOLER, 1991), la transferencia puede tornarse erotómana o persecutoria.

A lo largo de la experiencia de los dos años de trabajo con estos pacientes, se pudo mostrar que respecto a los lazos transferenciales, los pacientes fueron capaces de producir una notable delimitación social con respecto a las manifestaciones de ésta, es decir, más allá de lo que se pudiese haber esperado, los pacientes nunca se excedieron de los límites de lo estipulado y nunca incurrieron fuera del contexto terapéutico.

Por otro lado, es reconocido que el saber del psicótico está puesto del lado del Otro, o bien de su lado, y es por eso que la transferencia, como concepto, cambia en la psicosis, ya que el Sujeto Supuesto Saber, en quien son depositados los significantes de la neurosis, aparece de manera distinta en la psicosis: el saber, en tanto la certeza delirante de su experiencia lo tiene él. En esta experiencia, se pudo escuchar que existen partes inamovibles de su certeza, que a su vez cumplen una función en su psiquismo, sin embargo, también se pudo notar que existen otros elementos discursivos del psicótico que son puestos a circular en la transferencia y que incluso dan la impresión de estar al margen del lazo social.

f) Sobre los avances terapéuticos

Los avances terapéuticos no se consideraron como tales a partir de un cotejo con una pauta generalizada sino según la particularidad subjetiva, es decir no puede haber una estandarización de objetivos sino una dirección de la intervención según el caso en un planteamiento como el mostrado aquí. La dirección de tratamiento fue justamente la estabilización y el establecimiento del lazo con lo social, de tal manera que la mejoría pudo ser valorada de una manera retrospectiva, no estandarizada, sobre todo conforme al testimonio y la manifestación del sentir del propio paciente, así mismo es de importancia mencionar que la evolución no se analizó desde pautas establecidas por el sistema social, sino desde las posibilidades de cada paciente.

Un fenómeno observado fue que, durante el tratamiento, los familiares de los pacientes, al ver una mejoría, esperaban que los pacientes formaran parte del ejercicio laboral y así, mediante su trabajo aportaran recursos económicos al hogar, y, si esto no se hacía, lo atribuían a que el tratamiento no estaba funcionando, ante esta demanda de los familiares, los pacientes lograron responder y resituarse.

La falsa creencia de que el esquizofrénico no mejora tiene que ver con esta demanda capitalista y homogeneizadora, que intenta situar al sujeto en un orden convencional y moral regido por criterios de la ciencia y eficacia, que dejan fuera la condición específica y las posibilidades y limitaciones de cada uno.

Segunda experiencia planteada como un dispositivo de intervención para la “Atención a mujeres hospitalizadas por depresión”:

Introducción

El concepto de depresión actualmente ha permeado distintos discursos en nuestra sociedad, en muchas ocasiones incluso se le equipara al término *tristeza*, y se le utiliza tanto para hacer referencia a un estado pasajero como para describir un cuadro clínico que denota un trastorno mental.

La depresión también se ha vuelto objeto de la psiquiatría y de la farmacología. La primera, ubica a la depresión como una enfermedad médica que tiene una causa fisiopatológica, y en base a ello, describe las características observables de la sintomatología de este cuadro clínico. La psiquiatría, apoyándose de la farmacología, busca reducir las formas e intensidades con las que este trastorno se presenta. Esto lo hace mejorando la comunicación interneural mediante la regulación de algunos neurotransmisores, específicamente de aquellos involucrados con el restablecimiento del estado de ánimo. Esta disciplina, implementa estrategias que inciden en el funcionamiento neurobiológico, administrando un fármaco que intenta restablecer su función. El tratamiento farmacológico, se utiliza como coadyuvante del tratamiento psiquiátrico, que opera entonces, como paliativo para el sufrimiento, es decir, como obturador de la falta, del deseo en sí.

La depresión, desde esta disciplina, es tratada como un padecimiento psiquiátrico que aqueja al sujeto, envolviéndolo en sí mismo y en un constante estado de pena y dependencia. Es el segundo trastorno por el cual se solicita atención en el hospital psiquiátrico donde se realizó esta intervención. La mayoría de los pacientes hospitalizados y diagnosticados con depresión, son mujeres en edades de 18 a 80 años aproximadamente. La institución hospitalaria trata esta enfermedad por medio de la terapia farmacológica, la psicoterapia, el abordaje conductual del padecimiento, la reeducación, la adherencia al tratamiento, la rehabilitación neurocognitiva y social, y por último, la terapia ocupacional.

En este sentido, es pertinente distinguir que el objeto de una propuesta de intervención fundamentada en el psicoanálisis – como la que aquí se muestra – fue brindar a las pacientes un espacio en el cual se atendiera su condición subjetiva en términos de singularidad, un espacio donde se privilegiara *la palabra*. El dispositivo de intervención que se planteó, brindó condiciones de posibilidad a las pacientes para inscribirse en su historia, es decir, para que a través de la rememoración y de la inscripción historizada de su padecer subjetivo (BRAUNSTEIN, 1990), pudieran hacer sentido con su historia y brindarle un significado a través de la palabra.

Ahora bien, a continuación se realizan algunas puntualizaciones teóricas respecto a la depresión y a la melancolía, con el propósito de sentar las bases conceptuales desde las cuales se fundamentó la intervención que se describe en los siguientes párrafos. Para los fines de este trabajo, se retoman ambas cuestiones, es por ello que a lo largo de este texto se hablará tanto de depresión, como de melancolía, entendiéndolas como una condición distinta, pero ambas manifestadas por las pacientes con quienes se trabajó durante el desarrollo de esta intervención.

La depresión no es un concepto nuevo, sin embargo, su concepción como enfermedad sí lo es, ya que el uso del término *depresión* originalmente estuvo relacionado con el contexto político y económico, se usaba para designar una situación de crisis económica caracterizada por la disminución generalizada y sostenida en el tiempo tanto de la producción como del consumo, así como altos grados de desempleo y la quiebra de empresas (VENCO, 2011).

En el campo de la medicina – especialmente en el de la psiquiatría – se retoma el término para designar un síntoma, un síndrome y una enfermedad, en ésta última la depresión es estudiada mediante su etiología, patogenia, curso, evolución, resolución y tratamiento. Mediante

este concepto, la psiquiatría consigue enumerar los síntomas específicos de un trastorno del ánimo caracterizado principalmente por la tristeza, la pérdida de interés y placer, acompañada del sentimiento de culpa, así como de la falta de sueño y apetito (OMS, 2014).

Mientras tanto, en el terreno psicoanalítico, es necesario mencionar que Freud no habla de depresión, sino de *duelo* y de la forma patológica de éste: la melancolía. Para él, la relación entre la melancolía y el duelo es lo que permite identificar un proceso muy particular del sujeto: la pérdida. Bajo ese argumento, se puede entender a la depresión como la reacción de una persona ante la pérdida de objeto.

Freud (1885/1992) vislumbra la melancolía como una especie de hemorragia interna, causada por una gran tensión o excitación sexual. Señala también que el melancólico experimenta un agujero en lo psíquico, por el cual derrama su libido. A la par de este vaciamiento que experimenta constantemente el melancólico, también manifiesta un gran empobrecimiento tanto del yo como de la economía libidinal; este empobrecimiento funcional, como inhibición, tiene un efecto parecido al de una herida abierta. El melancólico se encuentra experimentando constantemente un vaciamiento.

El melancólico, como dice Soler (1991), es un sujeto que se vive desposeído, mutilado de la libido y que cree carecer de todo lo que pueda dar valor a la vida: para él, la falta adopta la significación de culpa y la toma a su cargo.

Puesta en marcha del dispositivo de intervención

A lo largo de dos años, se realizó una intervención clínica, se atendió a mujeres hospitalizadas por depresión e internadas en la sala de trastornos afectivos de un hospital psiquiátrico.

El periodo de internamiento de esta población generalmente es de un mes y medio, sin embargo, existieron casos en los que el internamiento de algunas pacientes duró tres meses. Durante su estancia en el hospital, generalmente, se les atendió tres veces por semana, salvo en las ocasiones en que fueron necesarias intervenciones alternas, es decir, momentos donde las pacientes solicitaron la atención, o tuvieron comportamientos que de acuerdo a los parámetros institucionales ameritaban sujeción(2) por recomendación del médico tratante.

En este contexto, la propuesta de atención se puso en marcha a través de un *acompañamiento terapéutico* como dispositivo inicial para la intervención clínica – como un paso previo favorecedor de la demanda por parte de las pacientes –, el cual permitió una aproximación con las mujeres hospitalizadas por depresión, intentando propiciar una situación analítica en la que lo inconsciente pudiera emerger articulado como un lenguaje (LACAN, 1956/1993). También se consideró, atendiendo a lo que señala Venco (2008), que el sujeto deprimido tiene la posibilidad de decirse a sí mismo y, desde su palabra, tener la posibilidad de ubicarse en otro lugar, gracias a una relación transferencial que lo vincula a otro que lo escucha y, por ello mismo, que lo posibilita para escucharse a sí mismo. La atención se encaminó al análisis de los procesos psíquicos de cada una de las mujeres con quienes se trabajó, se les ofreció un espacio de escucha diferente al que se les brindaba habitualmente, que no fue de comprensión o victimización y que tampoco implicaba educación sobre la enfermedad y el tratamiento médico. En su lugar, se propuso una interlocución que propiciará en las pacientes la apropiación de un lugar ante lo que le acontece.

Mediante estas condiciones, se creó un espacio que favoreciera una aproximación, un acompañamiento, mientras que era posible introducir la dimensión de la palabra y la interlocución. El tratamiento brindó a las mujeres la posibilidad de no sólo relatar su historia, sino de reinscribirse en ella, es decir, se trató de que pudieran concebir en ellas la posibilidades de inflexión – en tanto movimiento y cambio –, no sólo como víctimas de un padecimiento, sino como personas en quienes

se encontraba la posibilidad de retomar un papel activo ante su padecer subjetivo. Se trató de frenar el goce que produce la compulsión de repetición, esa búsqueda implacable de encontrarse con lo perdido, que es fuertemente atravesada por la pulsión de muerte.

Referentes clínicos

En lo que respecta al trabajo clínico, durante la intervención fue posible notar que las pacientes solían estar sumidas en un desgano generalizado, como si se tratara de una anestesia ante las sensaciones y los afectos, su discurso denotaba displacer y desinterés absoluto por la vida y todo lo que la compone, se describen a sí mismas como *'cansadas de vivir'*, se muestran lentas en su caminar y en su habla. Están inhibidas en el sueño también, en la vigilia, en su alimentación, en su aseo y en la sexualidad, es como si el vivir *per se* les cansara infinitamente, se muestran considerablemente paralizadas. En este sentido, Chemama (2007) puntúa que es posible notar como los sujetos deprimidos han sido de cierta forma, abandonados por el deseo, se encuentran vaciados de él. Es debido a ello que se describen a sí mismos como tristes, vacíos, frágiles y abandonados.

El cuadro se torna mucho más interesante cuando se presta atención a las manifestaciones de destrucción presentes en él, que si bien lo más general es que esa tendencia a la destrucción se encuentre exteriorizada, en la melancolía, lo que vemos son condiciones de autoagresión, una destrucción vuelta al sí mismo. La mayoría de las pacientes con quienes se trabajó fueron internadas por intento de suicidio, algunas mujeres llevaban incluso más de diez intentos en un periodo muy corto de tiempo. Dichos intentos iban desde los cortes profundos en las muñecas, brazos y piernas –algunos incluso dañando articulaciones–, hasta el consumo de fármacos y ahorcamiento: “... *cuando me estaba cortando, sentía como una manera de sacar lo que traía adentro*”, nos dice Julieta; todo esto aunado a constantes autodenigraciones de su persona: “*yo era una tonta, me lo merecía porque nadie se iba a fijar en mí, porque yo soy fea y porque soy tonta*”, continúa Julieta; “*si ni mi mamá me quiso, pues nadie me va a querer nunca*”, relata Magdalena. Frases como “*no valgo nada*”, “*no debería seguir viviendo*”, “*soy una basura, un trapo sucio*”, “*me siento vacía*” son habituales y acompañan diariamente la vida de estas mujeres.

“... *desde que soy chica yo he querido matarme*”, dice Magdalena cuando relata su intento de suicidio mediante el ahorcamiento. No era su primer intento, menciona que en la adolescencia lo intentó en varias ocasiones tomando fármacos y cortándose brazos y piernas. Ingresó al hospital refiriendo alucinaciones visuales y auditivas “*veo a la santa... se para al lado de mi familia, por eso me enoja... oigo voces, dos, tres, no sé... platican de mí, se insultan y me insultan, cuentan lo que hago, que me quiero matar*”.

En relación a esta autodenigración, recordemos lo que dice Freud (1917/1992) sobre la internalización del objeto perdido, y la escisión que experimenta el yo del melancólico al hacer dicho objeto parte de su yo. Es decir, la autodenigración del melancólico, en realidad, se dirige hacia el objeto, hacia ese objeto que se ha perdido. Es el objeto lo que el melancólico intenta destruir, lo que le lastima, de lo que se queja, lo que odia.

A esta autodenigración, se agrega el sentimiento de abandono y desamparo, que para estas mujeres resulta insoportable. Experimentan grandes episodios de angustia, la cual generalmente las lleva al acto suicida. Julieta decide darse muerte a partir de la ideación de abandono de parte de su actual pareja, le viene a la mente que él “*la va a cortar*” y le deviene una fuerte angustia; se toma un bote entero de pastillas caducadas, se desespera porque no le hacen efecto rápidamente. Siente que “*ha sido abandonada*”; en un primer momento, cree que su pareja sólo la ha utilizado para el sexo, se enoja; después se siente culpable por “*ilusionarse a lo tonto*”, por haber alejado a su pareja, sentimiento que le resulta insoportable, la angustia incrementa, así que toma un cuchillo y se realiza varios cortes en la muñeca izquierda. Magdalena, por su parte, describe

una situación violenta donde tanto ella como su esposo se golpean y se hieren con cuchillos, dicha escena termina cuando el esposo abusa sexualmente de ella, lo que trae a la mente todos los recuerdos de los abusos sexuales que había vivido en su infancia, le resulta insoportable, busca una hamaca e intenta ahorcarse con ella.

Otra de las características presentes en las pacientes atendidas, es la gran imposibilidad de movimiento psíquico, como si algo en ellas las llevara con fuerza hacia su propia destrucción, como permite apreciar claramente Magdalena al relatar una sesión que había tenido con la psiquiatra: “*Le platiqué mi pasado, y ella me dijo que eso ya había pasado y que yo no tenía que culparme por lo que me había pasado desde chica, y yo lo entendí, entonces ahora lo veo diferente, pero todavía me quiero matar, yo ya no quiero vivir*” (sic pac).

Al inicio de las sesiones, las pacientes se describían a sí mismas como personas “*con mala suerte*”, a las que siempre les pasaba lo mismo, relataban momentos en los que “*nunca les salía nada bien*”, se decían “*víctimas del destino*”, y en sus momentos de crisis se preguntaban por qué siempre les pasaba “*lo mismo*”, por qué su destino insistía en agobiarlas; se encontraban repitiendo una escena compulsivamente, de la que no lograban dar cuenta como repetición, pues les parecía algo vivido por primera vez. Es por ello que una de las intenciones iniciales del tratamiento fue que las pacientes pudieran dar cuenta de que aquello que les acontecía, no era coincidencia ni destino, y que ellas eran partícipes en dichas escenas; sin embargo, aun dando cuenta de ello, existieron momentos en los que fue reflejada la imposibilidad de las pacientes respecto a esto, es decir, aún después de conseguir cierto tipo de elaboraciones, algo sucede que no permite avanzar en el trabajo terapéutico.

Freud ubicó – en un primer momento – al origen de este fenómeno como *pulsión de destino*, o compulsión de repetición. La compulsión de repetición es vista como una de las formas de recuerdo, pero también como una de las características centrales de la pulsión y su tendencia regresiva (ROCABERT, 2013, p. 260). El enfermo se ve forzado a repetir lo reprimido como vivencia presente, en vez de recordarlo en calidad de fragmento del pasado. Esta reproducción tiene siempre por contenido un fragmento de la vida sexual infantil y, por tanto, del complejo de Edipo y sus ramificaciones; y regularmente se escenifica en el terreno de la transferencia (FREUD, 1920/1992, p. 18).

Freud muestra que uno de los momentos principales del trabajo terapéutico, es el proceso mediante el cual, la libido es forzada a pasar de los síntomas a la transferencia (Freud, 1916-1917/1992, p. 414). En la práctica clínica, se torna complicado el trabajo, a veces parece bastante lejano que las personas sean capaces de elaborar un duelo, pues su libido está más que fijada, aferrada al objeto perdido, y no dan cuenta de la posibilidad de la movilidad de ésta, y su redirección hacia nuevos objetos, momento fundamental para hablar de la dirección de la cura. Es así como el análisis, como práctica clínica, permite crear – mediante la transferencia – las condiciones necesarias para que se ponga en juego la escena constantemente repetida. Esto da posibilidades al clínico, de observar, analizar, e interpretar los eventos que son repetidos, así como la posición que el paciente toma ante ellos. Con ello, es factible interpretar el porqué de dicha escena en repetición, para propiciar mediante las interpretaciones procesos elaborativos a través de los cuales el paciente logre construir nuevos diques que posibiliten precisamente la movilidad del papel que él interpreta en dicha escena.

La repetición en la transferencia, por lo que muestra en relación al síntoma, es lo que posibilita al analista hacer un corte, que no sólo ayude al paciente a salir de ese ciclo vicioso, sino que lo obliga a cuestionarse y con ello conseguir posibilidades de movimiento. Sin embargo, no resulta nada sencillo, pues el sujeto melancólico se niega toda posibilidad de cambio, hace todo de un modo que ningún deseo pueda emerger, lo que predomina en él no es un síntoma como expresión

de un deseo reprimido, sino que su tristeza corresponde más bien a una renuncia radical al deseo (CHEMAMA, 2007), existe en él una fuerza constante que lo impulsa a volver hacia su momento de origen más arcaico, la muerte.

En conclusión, si bien es cierto que el terreno de la práctica clínica con la melancolía resulta un tanto complejo, aún con los inconvenientes que esta forma clínica al servicio de la pulsión de muerte representa, es necesario que recordemos que la práctica clínica siempre debe apostar a la pulsión de vida. En este sentido se puede afirmar que la experiencia de trabajo con mujeres internadas en la institución psiquiátrica resultó fructífera en varios sentidos, ya que el acercamiento a su padecer subjetivo enriqueció notablemente el desarrollo de la intervención. Además, la flexibilidad del dispositivo permitió que éste se fuera construyendo de acuerdo a la demanda de cada paciente. Existieron momentos en los que no fue posible entablar sesiones donde se privilegiara la lenguaje, por ejemplo, las sesiones en las que hubo momentos específicos en los que fue necesario prestar la *propia palabra*, incluso el cuerpo propio como sostén de las pacientes; momentos en los cuales ellas no lograban tramitar su sentir, sus afectos y su angustia mediante la palabra. Al respecto, Lacan menciona que el analista también paga una cuota en un momento analítico, él realiza un pago con palabras y con su persona, en cuanto la presta como soporte a los fenómenos singulares que la transferencia ha descubierto (LACAN, 1956/1993, p. 561). Este soporte fue lo que consiguió que durante el tratamiento, las pacientes no tramitaran mediante actos su sentir, es decir que el hecho de que existiera una presencia externa a ellas que, no sólo a modo de contención, sino de soporte en lo real, pudiese funcionar como una prótesis, a manera de acompañamiento terapéutico para propiciar una transición entre ese momento de crisis en el que no hay lugar a la palabra y otro en el cual, ésta pudiese ser protagonista.

Conclusiones

La idea central de este trabajo fue la de compartir el testimonio de la puesta en marcha de dos dispositivos de intervención clínica, que fundamentados en presupuestos psicoanalíticos posibilitan el trabajo clínico dentro en un contexto hospitalario con pacientes diagnosticados con esquizofrenia y depresión. Gracias a la construcción y a la puesta en escena de los dispositivos planteados, fue posible brindar posibilidades a los pacientes tanto de inscripción en su historia, como de enunciación de la palabra propia, que más allá de contribuir a tratarles como víctimas de un padecimiento psiquiátrico, les permitiera, en algunos casos, asumirse como sujetos de lenguaje.

El hacer tanto del lenguaje como de la relación transferencial, elementos privilegiados de ambos dispositivos de intervención, hizo posible que se suscitara un contexto terapéutico en el cual los pacientes, además de contención, encontraron un espacio mediante el cual fue posible la construcción de lo que queda excluido en la atención psiquiátrica, en cuanto a subjetividad se refiere.

Es posible dar cuenta de las demandas de atención existentes en gran parte de la población que acude a servicios de salud gubernamentales, pacientes psiquiátricos que no tienen los recursos económicos ni de desplazamiento para recibir atención en una institución privada y que acuden en primera instancia a una institución de salud pública. Resulta necesario entonces reflexionar sobre lo que permitiría facilitar el acceso de esta población a la atención clínica que el psicoanálisis ofrece. Para ello, es necesario recordar que aún en la práctica privada del psicoanálisis no todo proceso deviene analítico, aunque se encuentren presentes todos los elementos que componen el dispositivo freudiano, es decir, los elementos determinados por el encuadre ortodoxo no son los que determinan el estatuto de análisis en un tratamiento. El trabajo clínico en contextos hospitalarios tiene que ir más allá de lo propuesto por el dispositivo freudiano y hacer uso de

estrategias de intervención que faciliten el escenario que permita suscitar un espacio analítico, mediante el cual se privilegie la palabra de pacientes psiquiátricos.

Para finalizar, dar cuenta de las posibilidades del trabajo analítico y de los efectos terapéuticos que devienen de él en pacientes institucionalizados, resalta la pertinencia de la inserción de un dispositivo de intervención que atienda la condición subjetiva de pacientes psiquiátricos, así como la viabilidad de la práctica psicoanalítica en diversos contextos hospitalarios.

Notas:

(1) Datos extraídos del registro hospitalario de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.

(2) La sujeción terapéutica se relaciona con la inmovilización, es decir, con el uso de procedimientos físicos mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de alguna parte o de todo el cuerpo de un paciente, con el fin de controlar su actividad física y protegerlo de las lesiones que sobre sí mismo o sobre otras personas pudiera ocasionar.

Referencias Bibliográficas:

AGAMBEN, G. (Agosto, 2011) ¿Qué es un dispositivo?: Entrevista a Michael Foucault (Trad. R. Fuentes). *Sociológica*, 26(73), 249-264. Recuperado de <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/7310.pdf>.

APIQUIAN, R., AVIÑA, C., COLLÍN, R., DÍAZ, A. y CORONA, F. (2010) *Guía terapéutica para el manejo de la esquizofrenia*. Janseen-Cilag: México. Recuperado de <http://www.psiquiatriasapm.org.mx/PDF/GuiaClinicaEsquizofrenia.pdf>.

Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña (2012). *Registro hospitalario del año 2011*.

BRAUNSTEIN, N. (1990) *El Goce: un concepto lacaniano*. México: Siglo XXI.

CHEMAMA, R. (2007) *Depresión: la gran neurosis contemporánea*. Buenos Aires: Nueva Visión.

DELEUZE G. (1990) *¿Qué es un dispositivo?* En Balbier, E. (Comp.) Michael Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2000). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4 Ed, texto revisado). Washinton, D.C.

FREUD, S. (1885/1992) *Manuscrito G Melancolía*. En J. Strachey (Ed.). Sigmund Freud obras completas. (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. I). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1914/1992) *Introducción del narcisismo*. En J. Strachey (Ed.). Sigmund Freud obras completas. (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1916-1917/1992) *28 conferencia: La terapia analítica*. En J. Strachey (Ed.). Sigmund Freud obras completas. (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1917/1992) *Duelo y melancolía*. En J. Strachey (Ed.). Sigmund Freud obras completas. (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1920/1992) *Más allá del principio de placer*. En J. Strachey (Ed.). Sigmund Freud obras completas. (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XVIII). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1940 [1938]/1992) *Esquema del Psicoanálisis*. En J. Strachey (Ed.). Sigmund Freud obras completas. (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XXIII). Buenos Aires: Amorrortu.

LACAN, J. (1955-1956/1984) *El seminario de Jacques Lacan Libro III: Las psicosis* (Trad. J. Delmont-Mauri y D. Rabinovich). Argentina: Paidós.

_____. (1955-1956/1993) *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* (Trad. T. Segovia). En escritos II (pp. 513-564). México: Siglo XXI.

- _____. (1956/1993) *La dirección de la cura y los principios de su poder* (Trad. T. Segovia). En escritos II (pp. 565-626). México: Siglo XXI.
- _____. (1975-1976/2008) *El seminario de Jacques Lacan Libro XXIII: El sinthome* (Trad. N. González). Argentina: Paidós.
- LIEBERMAN, J.; STROUP, S. y PERKINS, D. (2006) *Tratado de esquizofrenia* (Trad. E. Carreras, M. Codonu y E. Monrós). Grupo ARS: Barcelona.
- MANNONI, M. (1970) *El psiquiatra, su “loco” y el psicoanálisis* (Trad. C. Saltzman). (11ª reimpresión, 2011).
- MILLER, J (1999) *La psicosis ordinaria: La Convención de Antibes* (Trad. S. Lauro). Argentina: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014) *¿Qué es la depresión?* Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- ROCAERT, J. (2013). *La muerte y su pulsión: una perspectiva freudiana*. México: Paidós.
- ROJAS, Ma. Del Carmen (Diciembre, 2012) *Acompañamiento terapéutico con pacientes en depresión internados en una clínica psiquiátrica*. Cartel presentado en el Concurso de exhibición de carteles de proyectos de investigación de estudiantes de posgrado de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, S.L.P.
- ROJAS, M. y VEGA, B. (2009) Las posibilidades del dispositivo psicoanalítico en el medio hospitalario analizadas a partir de una experiencia realizada en México. *Revista latinoamericana de psicopatología fundamental*, 12(1). Recuperado de <http://www.fundamentalpsychopathology.org/?s=50>. ISSN 1415-4714.
- SOLER, C. (1991) *Estudios sobre las psicosis* (Trad. I. Agoff). Buenos Aires: Manantial.
- VENCO, V. (2008) *El duelo imposible de la melancolía. Una reflexión psicoanalítica* (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, Qro.
- _____. (2011) *Cuando la depresión satura los discursos*. En Rodríguez, A. (Comp.), *Trabajos del psicoanálisis* (pp. 195 – 207). México: Fontamara.

Recibido em: 22/04/14

Aprovado em: 12/10/14