

**LIC. MARÍA JOSÉ BORNANCINI**

**SISTEMATIZACIÓN DE LA PRÁCTICA EN UNA CLÍNICA DE SALUD MENTAL: EL PSICOANÁLISIS CON PERSONAS ADULTAS MAYORES EN TIEMPOS INSTITUCIONALES.**

**CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

**LIC.PATRICIA DE CARA**

**DRA. CRISTINA GONZÁLEZ**



María José Bornancini. 2022. Trabajo Integrador Final. Carrera de especialización en Psicología Clínica. Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

23/12/2022

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TRABAJO FINAL**

**“Sistematización de la Práctica en una Clínica Privada de Salud Mental:  
El Psicoanálisis con personas adultas mayores en tiempos Institucionales”**

*Autora: María José Bornancini*

*Directora: Lic. Patricia de Cara*

*Co-directora: Dra. Cristina González*

**2022**

## RESUMEN

El siguiente es el trabajo integrador final de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Córdoba. Es la sistematización de la práctica realizada en una Clínica Privada de Salud Mental en la ciudad de Córdoba Argentina que consta de la atención psicológica en consultorio externo durante 100 horas a personas adultas mayores pertenecientes a una obra social para jubilados y pensionados en el año 2019. Se realizó el ordenamiento y reconstrucción de esta experiencia y una interpretación crítica de ese proceso. Desde el abordaje Psicoanalítico se describen las modalidades teóricas y clínicas que se utilizan en la atención con los pacientes, con las particularidades del encuadre institucional, caracterizado por tiempos breves y abordajes focalizados. Se describen algunas de las situaciones inherentes a dicho encuadre y cómo el Psicoanálisis las aborda. Se realiza una revisión de los antecedentes pertinentes a la temática en cuestión. Con viñetas clínicas de algunos casos atendidos en la práctica se ilustra y se da cuenta de los aspectos teóricos y clínicos desarrollados en este trabajo.

Palabras claves: Psicoanálisis - adultos mayores- encuadre institucional de tiempos breves.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	2
1. INTRODUCCIÓN .....	4
2. OBJETIVOS .....	5
2.1 Objetivo General .....	5
2.2 Objetivos Específicos.....	5
3. MARCO TEÓRICO.....	6
3.1. Psicoanálisis Aplicado.....	6
3.2. Características de la etapa evolutiva Adulto Mayor.....	13
4. METODOLOGÍA.....	19
4.1 Contextualización de la Institución .....	20
4.2 Población o muestra .....	20
4.3 Descripción de la práctica .....	21
4.5 Entrevistas Psicológicas .....	22
4.6. Posición del Analista.....	24
4.7. Transferencia.....	25
4.8. Diagnóstico.....	26
4.9. Instrumentos de recolección de datos.....	27
4.10. Viñetas Clínicas.....	28
5. ANALISIS DE RESULTADOS .....	38
5.1 Antecedentes del Psicoanálisis Aplicado en tiempos institucionales.....	38
5.2 Discusión.....	41
6. CONCLUSIÓN.....	53
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56

*Cinco minutos bastan para soñar toda una vida,  
Así de relativo es el tiempo.  
Mario Benedetti.*

## **1. INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo es la reconstrucción sistemática y fundada de la práctica realizada dentro del marco curricular de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la U.N.C. capitalizando la experiencia vivida en un valioso aprendizaje. La práctica fue llevada a cabo en los consultorios externos de atención psicológica a personas adultas mayores, durante 100hs. en una Clínica Privada de Salud Mental de la provincia de Córdoba, República Argentina durante el año 2019.

El encuadre dispuesto por la institución para estos pacientes es la realización de psicoterapia breve y focalizada, caracterizado por tiempos acotados, ejercido desde el abordaje teórico que cada profesional tenga. En este caso particular se ejerció el rol del psicólogo clínico con un abordaje teórico-clínico desde el Psicoanálisis.

En el transcurso de la asistencia en la institución se presentó una constante, la realidad social expresada en la gran demanda de atención detrás del encuadre institucional de este servicio, sumado al acotado tiempo con el que se contó para la atención de los pacientes, (semanales, quincenales y hasta mensuales), los tiempos subjetivos de personas mayores, cuyos modos de funcionar suelen ser lentos, presentando con frecuencia afecciones orgánicas limitantes (motrices, neurológicas, etc.), y la historia de vida que los precede y en muchos casos la necesidad de relatarla, se contraponen a los tiempos en los que los abordajes y tratamientos psicoanalíticos tradicionales suelen realizarse.

Todo ello exigió el máximo rendimiento posible al profesional interviniente, poniendo por momentos en tensión la posibilidad de responder a la demanda institucional. Realizar los abordajes y tratamientos desde el Psicoanálisis abrió interrogantes acerca de la factibilidad de la implementación del marco teórico elegido. ¿Es el Psicoanálisis, con sus adaptaciones de la terapia psicoanalítica tradicional una respuesta posible?, ¿Es posible adaptar el psicoanálisis a la norma que prevé el contexto sin perderse a causa de las limitaciones temporales que el mismo ofrece?, ¿Es apto este encuadre para la población atendida? Intentar responder estos y otros interrogantes implicó comprender el encuadre institucional, realizar una investigación sobre el marco teórico y las herramientas clínicas del psicoanálisis, revisar los antecedentes bibliográficos de autores que han trabajado en este contexto y profundizar en las características socioculturales de la franja etaria de la población atendida.

Finalmente se ilustra el trabajo realizado con viñetas clínicas de abordajes y tratamientos realizados durante la práctica en la institución.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo General**

Sistematizar la práctica del dispositivo psicoanalítico aplicado a personas adultas mayores en el encuadre institucional de tiempos reducidos.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Describir el encuadre institucional de tiempos breves.
- Describir las particularidades de la población de adultos mayores.

- Definir los pilares teóricos que fundamentan la práctica del Psicoanálisis Aplicado en los abordajes de tiempos breves.
- Describir las herramientas de la clínica psicoanalítica implementadas en la atención psicológica a los pacientes atendidos.
- Analizar comparativamente la experiencia obtenida en la práctica con los antecedentes bibliográficos.
- Concluir si es posible implementar tratamientos y abordajes psicoanalíticos con un encuadre institucional de tiempos breves en personas adultas mayores.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. Psicoanálisis Aplicado**

El psicoanálisis es una teoría y una técnica, (un discurso dirá Lacan), que se orienta a ubicar y descifrar la razón del sufrimiento de las personas y en hacer posible que los pacientes desplieguen su subjetividad en un proceso terapéutico junto a un Analista para poder modificarlo.

El psicoanálisis aplicado es un término extraído del Acta de fundación de la Escuela de Psicoanálisis brindada por Lacan, pero con cierta modificación. En el Acta de fundación figura 'Psicoanálisis aplicado a la terapéutica'. Un primer aporte nos orienta,

La vigencia del Psicoanálisis Aplicado es una interpretación que la orientación Lacaniana plantea frente a la necesidad de encontrar respuestas a las demandas sociales, demanda que el psicoanálisis no puede esquivar. Es el modo de demostrar su eficacia, que justifica su participación en la problemática de nuestro siglo. (Laurent, 2003. p. 10)

Se resalta que dichas demandas encuentran la manera de ser expresadas, de ser recibidas por el analista, es decir, el Psicoanálisis no solo no puede esquivar la demanda social, sino que hace posible que sean dichas. Ese es el primer aporte que hace la labor del psicoanalista.

Para el Psicoanálisis no hay salud mental en el sentido de un estado ideal de bienestar, parte de la concepción que “el ser humano padece de ‘lo incurable’, de aquello que no marcha, de un goce que lo invade o lo mortifica, Freud lo llamó ‘Castración’, Lacan lo llamó ‘no hay relación sexual’. Hay incurable” (Campodónico, 2018, p. 89), es decir, imposible de hacerlo desaparecer, pero sí de reducirlos hasta saber hacer con eso. Es decir que los efectos terapéuticos siempre serán relativos. Allí está la clave, el trabajo es “aprender a hacer con eso”, lo que no es poco dada la complejidad del psiquismo del ser humano. En el libro *la práctica del Psicoanálisis en el hospital*, compilación de trabajos realizados por Guillermo Belaga, una frase resulta muy esclarecedora, “la utilidad del Psicoanálisis en la actualidad radica en aportar una herramienta para saber hacer en lo singular de un encuentro” (Belaga, 2015, p. 90).

El paciente se presenta con sus inhibiciones, sus síntomas y sus angustias, tenemos a la vista no solo sus recursos sino también lo que se oculta con ahínco, repetición inconsciente mediante. Al decir de Mannoni (2002) “el inconsciente es aquel saber que no se sabe, al que sólo podemos acceder por medio del análisis” (p. 43). El psiquismo humano tiene este hueso duro de roer, saber esto nos posibilita anticiparnos con una escucha particular respecto de lo que el paciente dice y no dice de sí, no conformándonos con una mejoría superficial pues se sabe que insistirá en su retorno, saber esto nos permitirá, al menos, estar advertidos de ello.

El término Psicoanálisis aplicado a la terapéutica implica especificar qué entendemos por terapéutica en Psicoanálisis. Tanto para Sigmund Freud como Jacques Lacan el Psicoanálisis es una terapéutica. “Freud con el descubrimiento del inconsciente (1923) crea el Psicoanálisis como

un método para tratar a sus pacientes, cuyos síntomas eran el resultado de sus determinaciones inconscientes” (Campodónico, 2018, p. 89).

Los elementos nodales relativos al Psicoanálisis se describen muy bien en la *Declaración de los principios rectores del Acto Analítico*, un documento que se trabajó entre analistas y se instituyó como principios a seguir, en el Congreso de Comandatuba en el año 2004.

Se describen en ocho principios las cuestiones teóricas y clínicas fundamentales para la práctica psicoanalítica. En ellos podemos encontrar una extracción de los elementos importantes que se recomienda tener en cuenta para que una práctica sea psicoanalítica y menciona cuestiones relativas al psicoanálisis en sus diferentes modalidades, sea en análisis tradicionales realizados en consultorios particulares como abordajes psicoanalíticos en instituciones. Se mencionan aquí, a manera de un forzado resumen, algunos ejes centrales de dichos principios.

1. “El psicoanálisis es una práctica de la palabra”. (Laurent, 2004, párr. 2)
2. “El analista puntúa los decires del analizante y le permite componer el tejido de su inconsciente.” (Laurent, 2004, párr. 2)
3. “[...] la transferencia que anuda a los dos participantes. La fórmula de Lacan según la cual el sujeto recibe del Otro su propio mensaje invertido incluye tanto el desciframiento como la voluntad de actuar sobre aquel a quien uno se dirige”. (Laurent, 2004, párr. 4)
4. No existe una cura estándar ni un protocolo general que regirá la cura psicoanalítica [...] Lejos de poder reducirse a un protocolo técnico, la experiencia del psicoanálisis sólo tiene una regularidad, la de la originalidad del escenario en el cual se manifiesta la singularidad subjetiva. Por lo tanto, el psicoanálisis no es una técnica, sino un discurso que anima a cada uno a producir su singularidad, su excepción. (Laurent, 2004, párr. 6)

5. La duración de la cura y el desarrollo de las sesiones no pueden ser estandarizadas [...] Además, la aplicación del psicoanálisis más allá de la consulta privada, en los dispositivos de atención, ha contribuido a la variedad en la duración de la cura psicoanalítica. La variedad de casos clínicos y de edades en las que el psicoanálisis ha sido aplicado permite considerar que, en el mejor de los casos, la duración de la cura se define "a medida". (Laurent, 2004, párr. 7)

6. El psicoanálisis no puede determinar su objetivo y su fin en términos de adaptación de la singularidad del sujeto a normas, a reglas, a determinaciones estandarizadas de la realidad [...] le queda a cada uno inventar una solución particular que se apoya en su síntoma. La solución de cada uno puede ser más o menos típica, puede estar más o menos sostenida en la tradición y en las reglas comunes [...] remite al "no todo". (Laurent, 2004, párr. 8)

El instrumento es la palabra, el decir del sujeto y el psicoanalista que puntúa. En Introducción al método psicoanalítico, Miller (2006) plantea que “lo esencial, a partir de los dichos, es localizar el decir del sujeto, su enunciación, que significa la posición que aquel que enuncia toma con relación al enunciado”. (p. 39).

Mediante la puntuación como intervención analítica, se señalan aquellas frases donde es posible localizar la posición subjetiva del paciente. Situando la paradoja que encierra su padecimiento, y los costos que tiene para ella lo que de su historia insiste y se repite, empieza a tener lugar el inicio de un tratamiento analítico. (Moya, 2017, p. 381)

El Psicoanálisis tiene una concepción particular del síntoma que es compleja y sobrepasa los dichos manifestados por los sujetos en consulta, el síntoma:

se expresa bajo la forma de un sufrimiento que se quiere cambiar, suprimir y rectificar, en tanto se constituye en un elemento perturbador. Sabemos también que es la consecuencia del concepto mismo de la represión y su correlato, el retorno de lo reprimido. Lacan, siguiendo las conceptualizaciones freudianas, nos dirá que lo que está reprimido es la verdad y su retorno se pone de manifiesto vía el síntoma. (Facultad de psicología, 2017, p. 100)

Este es una construcción inconsciente que se expresa y se localiza en la vida psíquica del sujeto, para ser visualizada, comprendida y abordada es necesario producir una apertura de sentido de las cuestiones inconscientes que en él se alojan y así producir un nuevo sentido. En su *escrito Inhibición, síntoma y angustia* de 1926,

Freud realiza un desarrollo acerca del síntoma en donde el desciframiento no está en primer plano, sino que aparece en otra serie que no es la del sueño, del acto fallido y el lapsus. Considera aquí al síntoma como un modo de satisfacción que escapa al principio del placer, ya que se manifiesta como displacer, lo pone en el centro y revela ser una satisfacción, entendiendo a esta última como sufrimiento. Existe una resistencia al desciframiento, de ahí que brinda una serie de conceptos teóricos a modo de poder explicar este nuevo hallazgo. (Facultad de psicología, 2017, p. 101)

Es importante pensar en el síntoma en relación a la cadena significativa que despliega sujeto, la que se pondrá a trabajar en las sesiones, al respecto aporta Miller (2006),

el síntoma no solo tiene efectos de verdad, en el análisis se despliega lo inconsciente condensado en él, que implica la cadena significativa de sentidos y la participación fundamental de la pulsión que la acompaña, ésta es una cadena significativa pero muda, siendo también susceptible de tener una significación. (p.132)

En un proceso analítico se sabe que el analista se orienta desde un principio en las primeras entrevistas con su escucha e intervenciones, con el propósito de ir conduciendo al sujeto hacia la posibilidad de obtener algún grado de saber sobre su posición inconsciente encapsulado en su síntoma e ir al encuentro de su deseo, aquel que mejor se articule a su modalidad de satisfacción pulsional y que, durante el proceso, obtenga un saber hacer y así transformar su sufrimiento en un padecimiento moderado, mejorando la posición del sujeto.

En un análisis o una intervención analítica hay un método, pero no hay un proceder fijo y preestablecido, excepto la lógica de trabajo. Lo que sucederá después formará parte de la labor realizada conjuntamente con el paciente, la tarea del analista consistirá en crear las condiciones para que el efecto se produzca. Por supuesto esto es una empresa ambiciosa y requiere de un tiempo considerable, pero en primer lugar se debe partir de tener claridad sobre cuál es la lógica a seguir. En los tratamientos de tiempos breves del dispositivo institucional el desafío consistirá en que ese pueda lograr lo posible sin que por ello deje de tener algún grado de eficacia.

En este tipo de tratamientos todo tiempo se aprovecha, no porque en los análisis tradicionales no se lo haga, sino que el ser conscientes de la escasez del tiempo resulta un motor que optimiza al máximo cada recurso desde el primer contacto, (aunque no se desconoce que sus alcances pueden ser más austeros). La primera consulta es en sí misma un recurso para el tratamiento, porque “el sujeto es invitado a decir que medios tiene para tratar el mismo la pregunta” (Miller, 2005, p. 101), no basta con hablar del motivo de consulta, debe llegar a formular ‘su pregunta’, esa que implica comenzar a saber lo que desconoce de sí implícito en su demanda, en su sufrimiento, un enigma a develar en forma de pregunta que se irá construyendo en el trabajo con el analista. Esto reposiciona al sujeto en un lugar más propio y esto en sí mismo le provoca un alivio y es terapéutico. Rubinstein (2009) nos dice “hay efectos analíticos, como la entrada en la

transferencia o la puesta en forma de un síntoma, que sólo por trazar un camino de trabajo con una expectativa de reducción del padecimiento, constituye un alivio” (p. 152).

Es decir que una particularidad relativa al enfoque del Psicoanálisis aplicado puede observarse en la manera de tomar la demanda del sujeto, pues es tomada de manera literal, no desde el sentido consciente sino del que oculta, allí en la literalidad de su decir, atención flotante, abstinencia analítica mediante.

Se ve como parte del método radica en la escucha de la particularidad de cada sujeto y en el ir proponiendo al mismo sus modalidades de sufrimiento que expresa con palabras sin ser consciente de lo que en realidad dice, e ir enlazando el sufrimiento presente por lo que consulta (decir o enunciado y dicho o enunciación). Es decir, despejar sus dichos del decir de sus traumas que frecuentemente no se verbalizan (causas y predeterminaciones inconscientes, caracterizadas por la represión y la repetición, atrapadas en las cadenas significantes y pulsionales llamadas enunciación). Llegar del enunciado a la enunciación, de lo que el paciente cree que padece a saber de lo que verdaderamente padece es el trabajo a realizar. Producir esos “mojones” de saber, es en sí mismo terapéutico y pacificador. Lo que prevalece en el enunciado es la materia prima que se utiliza para realizar la focalización del síntoma, dejando al paciente la tarea de elaborar su causa. La determinación fijada de antemano provoca la aceleración del tiempo de comprender, asegura, a partir de su trabajo en los Centros Psicoanalíticos de Consulta y Tratamiento (en Francia) (Cottet, 2006, p. 97).

Los tratamientos de corte psicoanalítico se integran más amigablemente a las condiciones del encuadre institucional al considerar el concepto de ciclos y aplicarlo como una modalidad de tratamientos posibles en las circunstancias descritas. Lacan (1964) dirá que “no es de una sola vez que se hace el trayecto, sino que en el mismo existen ciclos. Un ciclo que no es el retorno al

mismo punto, sino más bien el retorno de lo mismo bajo otra forma” (Facultad de psicología, 2017, p. 96).

### **3.2. Características de la etapa evolutiva Adulto Mayor**

Teniendo en cuenta la premisa básica del psicoanálisis, que considera que cada persona es un sujeto único, sea o no adulto mayor, se describirán características comunes que se observan en esta etapa vital, que interesan para este trabajo.

La concepción que tienen al respecto las diferentes disciplinas científicas y los cambios que ha ido haciendo la cultura al respecto, la manera de considerar la vejez no es la misma en diferentes culturas y ha ido cambiando a lo largo de la historia. Desde un punto de vista demográfico Osvaldo Bodni visibiliza una paradoja que se expresa en las estadísticas:

[...] al terminar la segunda guerra mundial, a pesar de la muerte violenta de 55 millones de personas, éramos 2500 millones en el planeta. Ahora, 70 años después somos 7500 millones, pero con un enorme envejecimiento general y poca renovación de ejemplares. Más viejos y pocos jóvenes. Y al mismo tiempo se produce un avance tecnológico cultural a todos los niveles, que toma un sorprendente ritmo acelerado, convirtiendo los saberes rápidamente en obsoletos. (Bodni, 2018, p. 6-7)

La medicina, la sociología, la economía, la psicología, junto a las sociedades que producen cambios en las maneras de ver y vivir la vida, forman un movimiento dialéctico produciendo una sinergia que transforma en cada época la manera en la que la sociedad concibe y vive la vejez. La psicología evolutiva ha aportado un amplio desarrollo en el estudio de los sujetos que se encuentran en esta etapa de la vida.

En la concepción médica, visto desde la biología, la vejez se centra por un lado en el deterioro del cuerpo, modelo biológico que supone un cambio irreversible, una declinación de las

funciones vitales que conforman un proceso ligado al paso del tiempo, que concluye indefectiblemente con la muerte. Cuando la vejez está asociada a la limitación y a la pasividad, a la dependencia y a la privación, se identifica a la ancianidad solo con la muerte. Si solo se toma esta perspectiva, se adjudica una negativa representación social sobre el adulto mayor, y en este imaginario quedan atrapados muchos de los adultos mayores que interpretan literalmente el rol que la cultura les otorga. Si bien en algunas ocasiones las disciplinas que se ocupan de la vejez están atravesadas por prejuicios que asocian al anciano solo con la enfermedad, la discapacidad y el deterioro, en otras ocasiones se plantea lo opuesto, la idealización sobre la juventud que promueven algunos sectores del ámbito sociales e incluso médicos. Se promueven representaciones sociales de juventud eterna que han implicado un cambio en la idea de la vejez, siendo erróneas e ilusorias, provocando grandes decepciones. Sin embargo, sin negar una realidad biológica inevitable, se puede incorporar la idea de una vejez activa y sana, con calidad de vida, permitiendo que muchos sujetos de este rango etario se puedan pensar a sí mismos y a sus pares más allá de un cuerpo deteriorado (Fernández Ferman, 2009).

Los cambios físicos a los cuales se ve enfrentado la persona que envejece, son muchos, generando una nueva apariencia que conducirá a una pertenencia a la última etapa adulta (Leiva Barrera, 2015). Existen por lo tanto otros modos de pensar la vejez, la misma se sitúa dentro de un proceso vital y las características corresponden a un aspecto propio de la edad, pero también a lo anteriormente vivido por el sujeto. Como toda etapa vital el envejecer es un proceso individual y único para cada persona, no envejecemos de la misma manera unos que otros. “Son procesos multifactoriales, no lineales y de una gran variabilidad tanto inter como intra subjetiva” (Leiva Barrera, 2015, p. 82).

El Psicoanálisis también tiene una forma particular de concebir esta franja etaria, y paradójicamente es en el estudio de cada caso particular que luego nos brindará una visión general brindando su aporte.

Desde el campo del psicoanálisis se piensa al adulto mayor como un sujeto del inconsciente, como un sujeto de deseo, su cuerpo es parte de ese sujeto deseante adquiriendo otras connotaciones y significados, que si bien son en primer lugar únicas y particulares se observan características psíquicas comunes.

Uno de los aspectos de estudio relevantes es el cuerpo en la vejez el cual es el lugar privilegiado de desilusión narcisista, implica para el sujeto atravesar un proceso de declinación del mismo provocando la idea sobre la propia muerte la cual lleva al sujeto a afrontar el desafío de mantener la apuesta en la vida. El narcisismo resulta una defensa contra la pulsión de muerte, la ilusión enmascara la negación al presentarse como defensas, y así el deseo promueve una posibilidad de movimiento.

La ética psicoanalítica implica operar por fuera del término impersonal vejez y convocar al sujeto a responsabilizarse por su propio deseo. El saber inconsciente constituye la marca que diferencia a una persona mayor de otra, como pasa con cualquier sujeto, tenga la edad que tenga, es en ese saber inconsciente donde se asienta la relación del sujeto con la propia vejez y suele ser un esfuerzo analítico producir su subjetivación.

También la ética del psicoanálisis implica al analista pues debe deshacer sus propias cristalizaciones imaginarias de sentido alrededor de la vejez, para que pueda desplegar el campo simbólico y así conectar con el real de cada sujeto.

Desde el campo del psicoanálisis se tiene en cuenta las marcas del tiempo cronológico. Es una etapa donde la productividad laboral se deja de lado, ya se dijo que el cuerpo se encuentra en

una etapa de declinación vital, se atraviesan muchos duelos cercanos, la pareja, amigos, etc., se experimenta por ello sentimientos de vulnerabilidad, soledad, etc., se resignifica todo el recorrido vital, consciente o inconscientemente. En algunos casos lo que ya no se puede hacer constituye una pérdida que puede no ser tolerada produciendo el deterioro del sentido de la vida. En otros casos, se capitaliza lo vivido obteniendo una mirada de sí mismos y de la vida en general más profunda y enriquecida. En cualquier caso, el sujeto se verá interpelado en fijar una posición frente a los cambios inevitables de esta etapa (Fernández Ferman, 2006).

Existen factores socioculturales ligados al envejecimiento. En nuestra sociedad actual predominan valores como el rendimiento económico productivo, el progreso, el éxito, etc. Se encuentran sobrevaloradas la juventud, la modernidad, las capacidades de adaptación y de innovación, aquellos que no se encuentran más dentro del circuito productivo son susceptibles de ser descartados. Prueba de ello se encuentra plasmado en el lenguaje, la palabra “viejo”, “anciano” tienen connotaciones negativas. En nuestra sociedad “los adultos mayores poseen una gran dificultad para encontrar y ejercer un rol social que sea valorado” (Leiva Barrera, 2015, p. 89). Estas consideraciones sociales “hacia los viejos tienen fuertes repercusiones y pueden generar en los ancianos un sentimiento de exclusión” (Leiva Barrera, 2015, p. 90).

El retiro laboral es una realidad común en las personas adultas mayores que han tenido actividad laboral rentada, la desvinculación de la misma modifica su rol de trabajador por otro que cada individuo deberá significar. Pueden influir las connotaciones negativas que esto tiene en una sociedad que sobrevalora la productividad. El impacto psicológico variará según la personalidad de cada individuo que irá desde ser vivida como el fin natural de un proceso y como una etapa nueva con múltiples oportunidades, hasta una desvinculación impuesta de un trabajo que es aún capaz de realizar. “Cabe señalar que el impacto que genera la jubilación a la vez se relaciona

con la posibilidad que posee la persona mayor de continuar preservando ciertos roles sociales significativos” (Leiva Barrera, 2015, p. 91). Cuando se asocia el retiro de la vida laboral con el retiro de la vida en general se conmueve el sentido de la vida produciendo estados depresivos y un incremento en el deterioro físico (Leiva Barrera, 2015).

Para muchos adultos mayores es una realidad la disminución del intercambio social transitado con sentimientos de soledad y abandono que este aislamiento genera. Puede contribuir a un buen proceso de envejecimiento “continuar ejerciendo roles sociales, como el ser padres, abuelos, amigos o miembros de alguna agrupación comunitaria, entre otros” (Leiva Barrera, 2015, p. 91), y tener espacios de integración social que faciliten nuevos lazos y vínculos afectivos acordes a los intereses y motivaciones comunes.

La proximidad de la muerte en la vejez es una realidad inminente que el anciano, al visualizar su cercanía a la misma, puede provocar sentimientos de angustia. Para el autor Le Goues (1989) “la angustia ante la muerte se exprese como angustia de castración tiene relación con los límites del inconsciente, incapaz de funcionar sin experiencia, y por lo tanto “por definición la muerte le es inconocible” (citado en Leiva Barrera, 2015, p. 102). “El hecho de que la vejez termine con la muerte del sujeto constituye un saber reprimido, evitado y denegado” (Leiva Barrera, 2015, p. 102). Hay un retorno de lo reprimido que es el retorno de la angustia de castración, la presentificación de que existe un fin, lo definitivo que se aproxima, recordándole su pertenencia a la especie como humano mortal. Esta situación se encuentra generalmente velada por los creativos artilugios de la negación (Leiva Barrera, 2015).

La pérdida de pares genera un desmantelamiento de su red social de pertenencia empobreciendo sus lazos de contención afectiva provenientes de su entorno. En los casos de

sujetos con capacidad resiliente, con mayor plasticidad psíquica produce la creación de lazos en nuevos entornos donde se comparten actividades y vínculos afectivos muy fuertes.

El adulto mayor también puede experimentar cambios en el núcleo familiar. Si bien resulta difícil realizar generalizaciones con respecto a cómo está conformada la familia de cada sujeto ya que encontramos múltiples realidades, la partida de los hijos del hogar, en ocasiones produce el síndrome del nido vacío que suele suceder pasada la mediana edad pudiendo prolongarse hacia edades más avanzadas y reactivarse frente a la ausencia de cónyuges o pares. Es importante tener presente que cada persona mayor experimenta estos procesos de una manera singular y única basada en el modo de funcionamiento psíquico particular y de “sus experiencias personales previas, pudiendo ser una experiencia dolorosa, predominando la vivencia de pérdida, o vivido como un proceso natural de la vida” (Leiva Barrera, 2015, p. 106), incluso con sentimientos de liberación y alivio por la ausencia de las responsabilidades que conlleva la paternidad y maternidad (Leiva Barrera, 2015).

El nacimiento de los nietos hace que el adulto mayor adquiera un nuevo rol, el de abuela o abuelo. Si bien este nuevo rol también será vivido de manera única y particular por cada sujeto, en términos generales es un vínculo nuevo para cada individuo y es característico de esta etapa vital. Es interesante pensar cómo este rol de abuelo conlleva la idea de perpetuidad pudiendo ser un aliciente sobre los sentimientos de angustia que pueden generar la idea de la propia finitud ya que, con la presencia del nieto o nieta inicia una etapa nueva en la vida de cada adulto mayor. Además, surge otro fenómeno social a partir del ejercicio de este nuevo rol ya que, para la sociedad, los abuelos sí cumplen una función reconocida y muchas veces valorada, la de continuidad y transmisión de tradiciones familiares, “es el principal rol que nuestra sociedad le otorga al adulto mayor” (Leiva Barrera, 2015, p. 106).

Habiendo recorrido algunas de las características generales de las personas que se encuentran atravesando esta etapa vital, resulta menester comprender las patologías asociadas a la misma. En esta línea Bases Savoy nos cuenta sobre un aporte de Edgardo Rolla (1991), uno de los promotores de la creación del Departamento de Adultos Mayores en la Asociación Psicoanalítica Argentina, quien expresa:

la depresión como elemento psicopatológico clínico es el punto clave de la psicopatología del senescente. La percepción innegable de muchas pérdidas reales, además de los cambios de la capacidad motora, habrán de producir una u otra forma de depresión, dependiendo de la psicopatología previa y del entorno. (Rolla, 1991, citado en Savoy, 2006, p. 2-3).

#### **4. METODOLOGÍA**

La metodología para esta sistematización se divide en dos tiempos: En un primer tiempo la metodología durante la práctica. En un segundo tiempo la metodología de la sistematización propiamente dicha.

En cuanto a la metodología durante la práctica, se utilizaron entrevistas psicológicas de corte psicoanalítico, de modalidad individual. (En algunos casos particulares se utilizan entrevistas conjuntas con el o los familiares pertinentes, citados por pedido de la profesional interviniente o de manera espontánea en el momento de su sesión con aquellos con quienes van acompañados).

En un segundo momento la metodología se centró en el análisis de los registros realizados. Estos constituyen la fuente de datos sobre los que se erigirá la sistematización, con ellos y su análisis se podrá historizar la experiencia, trazar objetivos, realizar el planteo de preguntas, investigar aquello que ha surgido durante el proceso y llegar a ciertas conclusiones tras profundizar

en los diferentes tópicos de interés que han sido elegidos de todo el capital de experiencias vivenciadas y luego compartirlas.

#### **4.1 Contextualización de la Institución**

La Institución donde se llevó a cabo la práctica es un Centro asistencial privado destinado al tratamiento de patologías inherentes a la salud mental. El programa asistencial de la Institución contempla los diferentes niveles de abordaje: prevención y asistencia en salud mental, en una concepción integral de las personas asistidas.

La Institución tiene una estructura organizativa que consiste en la división de coordinaciones según disciplinas y áreas de abordaje: Equipo de Internado, Equipo de consumo problemáticos, Equipo Infanto-Juvenil, Casa de Medio Camino, Rehabilitación y Hospital de Día, Servicio de guardia de 24 horas, Área de Capacitación, Docencia e Investigación (Ateneos), Consultorios externos, Consultorios externos para jubilados.

#### **4.2 Población o muestra**

En cuanto a la muestra representativa utilizada, se trabajó en 32 casos conformados por personas adultos mayores atendidos en consultas psicoterapéuticas durante la práctica.

Las características principales de la población que concurrió a este servicio son adultos jubilados pertenecientes a una obra social previsional. Fueron personas de entre 62 a 79 años. En cuanto al nivel socio económico, en general fueron personas de condición económica media con una adquisición educativa formal de nivel medio, en menos casos llegando al nivel superior o universitario. En una minoría fueron personas con bajos recursos y escasa educación formal.

En cuanto al género, se observaron más consultantes mujeres que varones, en un promedio de 60% mujeres y un 40% varones aproximadamente. La red afectiva de los pacientes atendidos

fue variable, desde aquellos que carecen de la misma hasta los que incluso asisten a consulta acompañados de un familiar, ya sea por cuestiones de afección física, mental o ambas.

Se fijaron como criterio de inclusión: pacientes con entrevista psiquiátrica previa realizada por el área de psiquiatría de la Institución y derivados por la misma, pacientes, pacientes orientados temporo-espacialmente.

Como criterio de exclusión: pacientes severamente afectados en sus capacidades cognitivas por el uso de medicación, pacientes con incapacidad de comunicación verbal, pacientes con criterios de internación psiquiátrica, pacientes jóvenes a cargo familiares mayores.

### **4.3 Descripción de la práctica**

La práctica se enmarcó dentro del convenio entre una Clínica Privada de Salud Mental situada en la ciudad de Córdoba en la República Argentina, y la Carrera de Especialización de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la U.N.C. En el año 2019, durante un período de 100 horas. La misma consistió en la asistencia psicológica a personas adultas mayores en consultorio externo a afiliados de una obra social para jubilados

Los afiliados que consultaron lo hicieron por demanda propia, derivados por otros profesionales del área de la salud de otras instituciones, como hospitales públicos, clínicas privadas, centros periféricos de atención al afiliado como así también de profesionales de la Clínica por haber estado internados con anterioridad o ser familiares de pacientes de la institución.

Se utilizó un encuadre de terapia breve y focalizada con el marco teórico-clínico del Psicoanálisis Aplicado.

Se conformó una agenda de turnos con frecuencia semanal de 10 pacientes aproximadamente por día de atención.

Las sesiones se realizaron en un tiempo estipulado en 30 minutos en un total de atención en consultorio de 5hs. aproximadamente.

Los pacientes accedieron a las sesiones con una frecuencia variable, semanal, quincenal o mensual debido a la gran demanda existente.

#### **4.5 Entrevistas Psicológicas**

Es importante destacar la función de la primera entrevista o entrevistas preliminares instrumento por excelencia de trabajo e investigación del psicólogo clínico. Es muy frecuente que los pacientes lleguen derivados por otros profesionales, médicos, kinesiólogos, fonoaudiólogos, familiares, por ello, no sólo es importante preguntarse cómo y por qué razón llega derivado el sujeto, sino también cómo responde el paciente a esa derivación y cuáles son las posibilidades de formular una demanda propia. En muchos casos nos encontramos con un pedido de atención, pero no una demanda propia, ni una pregunta sobre su padecimiento. La persona puede no saber por qué viene a consultar, o reproduce literalmente lo que ha sido planteado por quien lo deriva. Se dice entonces que se apunta a dilucidar si lo que lleva a ese paciente a la consulta es un padecimiento que reconoce como propio. Para ello entonces es importante sondear sobre su posición respecto de la demanda que expresa en la consulta que realiza. Esto tiene consecuencias al momento de pensar las primeras entrevistas y el tratamiento en sí pues si no tiene un posicionamiento y se presenta ajeno de sí en la consulta el desafío del analista radica en pensar las posibles maniobras que permitan producir tal subjetivación.

En las primeras entrevistas es central la formación de la demanda y la sistematización de un síntoma que capitonee la angustia y abra la pregunta por el sentido.

En la primera consulta el analista en primer lugar recibe a cada sujeto con la actitud de alojarlo y escucharlo con la intención de ir a la pesquisa de elementos que son fundamentales para

el comienzo de la construcción de un mapa estructural y situacional del paciente y visualizar las posibles modalidades de tratamiento.

Se describen a continuación algunas de las temáticas consideradas fundamentales para tal fin:

- Registro del motivo de consulta manifiesto.
- Identificación de la posición subjetiva con respecto al pedido que realiza el consultante, si formula o no una demanda propia. Se opera en dirección a una construcción subjetiva de la demanda.
  - Visualización de las urgencias subjetivas y objetivas del consultante.
  - Evaluación sobre la presencia de criterios de internación, riesgo de desestructuración psíquica, violencia hacia terceros, autoagresión, pasaje al acto.
    - Evaluación de la necesidad de interconsulta con psiquiatría.
    - Indagación sobre la existencia o carencia de redes familiares y sociales.
    - Evaluación de las posibilidades o no de adhesión a un tratamiento.
    - Se trabaja en función de ir formando un criterio diagnóstico situacional.
    - Realización, si es posible, de una aproximación diagnóstica estructural.
    - Evaluación de los recursos con los que dispone, tanto el profesional interviniente como la institución, para absorber la demanda en juego.
      - Se trabaja en función de la instalación de la transferencia en el caso que sea pertinente.
      - Escucha del inconsciente del paciente, maniobrando con prudentes intervenciones para que se exprese.

- Se ponen en acción las primeras estrategias pertinentes a los fines establecidos para cada caso, ya sea para continuar con las entrevistas en vía de un tratamiento, derivación a otro profesional, derivación a la guardia para la evaluación de criterio de internación, etc.

#### **4.6. Posición del Analista**

La posición del analista es lo que hace posible que un tratamiento, aún breve sea psicoanalítico. Ese lugar que ocupará el analista es lo que Lacan nombró como sujeto supuesto saber. Es con el saber hacer del analista que el problema que trae el paciente se construirá como tal. Es a partir de la transferencia que le atribuye al analista y sólo a través de ella que el paciente podrá establecerse un saber de sí. El analista usa ese lugar otorgado para conducir al paciente a que sepa cuál es su problema. No es solo la tarea de que el problema manifiesto se diga sino que se construya en análisis, empezando a formularse ya desde la primera entrevista. Esto ya constituye un efecto terapéutico en sí mismo. Que cada quien conozca y concluya cuál es su problema será un norte muy claro no solo para su tratamiento sino también para su existencia.

En la posición del analista hay también el deseo del analista, el deseo de escuchar al paciente. Por sobre cualquier circunstancia complicada del contexto, el deseo del analista es un deseo más fuerte que se contrapone a la presión del veloz contexto (y la lentitud de algunas de las personas adultas mayores que consultan), es su tarea permitir que se produzca el acto de decir.

Aunque el paciente no sepa de qué hablar, se lo invita a que asocie libremente (regla fundamental del Psicoanálisis), que se despliegue, y si se da un mínimo vínculo transferencial, se podrá lograr a través de su bien decir, que advenga algo nuevo. En primer lugar se obtendrá una relocalización subjetiva.

Debe aparecer el sujeto, pero para que ello suceda debe primero aparecer un analista y es él mismo, en primera instancia, quien debe hacerse un lugar en el dispositivo analítico. Debe

permitir que se diga, por eso no habla de sí, no prejuzga, no interviene con sus pasiones, se abstiene. Es la posición del analista lo que debe tomar protagonismo y no su persona, para que pueda haber un sujeto a analizar.

#### **4.7. Transferencia**

Como se expresó anteriormente el objeto teórico del psicoanálisis es el concepto de inconsciente, a partir de él se construye un método, la interpretación-construcción. La técnica es la asociación libre en transferencia. La transferencia es uno de los pilares fundamentales de todo tratamiento o abordaje psicoanalítico.

No se interpreta la transferencia, se interpreta en transferencia. Transferir significa traspasar a la figura del psicoanalista sentimientos de otra situación y tiempo vividos o fantaseados por el paciente. Son disposiciones afectivas que ya existían en el paciente antes de empezar su análisis, tienen su génesis en situaciones pasadas, producida por ejemplo en los tiempos infantiles que han sido constitutivos de sus modelos vinculares, identificatorios y de su estructura psíquica en general. Cada sujeto tiene su forma particular de amar, de odiar, en definitiva de desplegar sus afectos, las condiciones en las que lo hace, las pulsiones que satisface y las metas que se han de fijarse están determinadas por lo innato más los influjos que recibe en su infancia. Todos los sujetos transferimos estas disposiciones afectivas con las personas que nos vinculamos en la vida cotidiana pero en un proceso analítico se utiliza como ese escenario que se instaura y se maniobra en él para producir efectos.

En la transferencia el inconsciente se plasma en sentimientos y acciones relacionales con el Analista. En un proceso analítico, cuando el paciente habla asocia libremente, pero el analista sabe que sus palabras están cargadas con significantes de otra escena diferente a la que está ocurriendo pero en ese momento van dirigidas al analista, en donde es investido con diferentes

personajes y funciones, el padre, la madre, la pareja, el hijo, el amigo, etc. El analista, advertido de ello, con su escucha técnica, oye la particular interpretación de lo real que se anudó en la repetición y se abstiene de actuarlo utilizando esa investidura de manera pertinente a la necesidad de cada caso. Esta escucha e intervenciones tiene como objetivo producir un efecto, una reinención en el paciente. Desde ese diálogo analítico se re-escenifica el pasado con matices nuevos produciendo una refundación, esto es lo más interesante y valioso.

Aquí pueden observarse las diferentes temporalidades presentes en el psiquismo. El analizante transfiere al psicoanalista sentidos del mundo psíquico del paciente de las diferentes temporalidades, pasado, presente y futuro.

#### **4.8. Diagnóstico**

Las entrevistas preliminares con los pacientes también se emplean como un medio para realizar un diagnóstico situacional y estructural incipiente. Se debe ser capaz de concluir algo respecto de la estructura clínica de la persona que viene a consultarnos. Además resulta indispensable para dirigir una cura. El diagnóstico no es concluyente ni rígido, se procura que no funcione ni para el analista ni para el paciente como un obstáculo que coagule la producción significativa del sujeto en análisis. Implica una escucha dinámica del funcionamiento psíquico del paciente que permita marcar cierta orientación ajustable sobre la marcha de ser necesario.

Es importante hacer una presunción diagnóstica por los efectos que un análisis puede desencadenar en psiquismos frágiles, como por ejemplo en la psicosis. La pesquisa de los fenómenos elementales en la psicosis es un camino necesario; estos son fenómenos psicóticos que pueden existir antes del delirio, antes del desencadenamiento del cuadro.

#### 4.9. Instrumentos de recolección de datos

Se trabajó con el registro de la Historia Clínica de cada paciente en la cual figuran datos filiatorios, médicos, datos que los especialistas en psiquiatría consideran relevantes al realizar las entrevistas de admisión. Además constan las derivaciones a psicología y los motivos de las mismas. También figura todo el historial clínico de cada paciente en dicha institución y los registros previos que se hayan podido recabar ya que cada atención debe ser evolucionada para que quede un registro, por cuestiones funcionales a la atención y por cuestiones legales. La historia clínica no solo constituye un documento, también oficia de vehículo de comunicación sobre cada paciente para todos los profesionales que lo atienden.

El lenguaje de los manuales DSM IV, DSM 5 y CIE-10 que se utilizan en las historias clínicas suele generar resistencia a los psicoanalistas, sin embargo, en instituciones donde existen tantas miradas diversas y se hablan diferentes idiomas es un vehículo de comunicación posible.

Además, se llevó un registro personal informal sobre los pacientes y los procesos relativos a cada caso, el contenido de las sesiones, apreciaciones del caso, si hubo interconsultas y lo acontecido en las mismas, los datos que resulten relevantes al caso, tomados de la historia clínica como antecedentes previos o históricos, etc. Se consignan además aspectos institucionales que sean de interés en la investigación ya que son el contexto de la práctica.

Los registros que se tomaron sirven para dos finalidades, por un lado durante la práctica, para el estudio de cada caso en particular, ayudando a realizar diagnósticos presuntivos, estrategias e intervenciones clínicas pertinentes, evaluación de la necesidad de realizar interconsultas con profesionales de otras áreas que están atendiendo o requieran de atención a un determinado paciente, como psiquiatras, trabajadoras sociales, etc., para evaluar si es necesario entrevistar algún miembro de su familia, una posible dirección del tratamiento, etc.

#### 4.10. Viñetas Clínicas

Una viñeta clínica es una forma corta del relato de un caso, en oposición al historial más completo de un caso que es un relato de extensión considerable. Es importante tener a la vista que una viñeta clínica es un recorte de lo más representativo del paciente en tratamiento, es un tramo de la cura que se quiere representar.

En la primera viñeta (caso Darío) se ilustra la importancia de la primera entrevista. En la segunda viñeta clínica (caso Carmen) se ilustra la importancia del diagnóstico y la tercera viñeta clínica (caso Juan) se ilustra una de las posibles contingencias hospitalarias, situaciones que van por fuera de lo estipulado y cómo responder a ello desde la ética del Psicoanálisis.

##### **Viñeta Clínica: Caso Darío, “Yo nací de vuelta”**

Darío de 68 años hace más de 20 años tuvo un accidente laboral cayendo de un techo quedando con secuelas neurológicas, afasia. Su problema en el habla radicaba en la dificultad para que le vengan a la mente las palabras de lo que quiere decir, muchas veces las decía cambiando sílabas, unas por otras, alterando su comunicación y su estado emocional. Darío (D) \_ *“Yo nací de vuelta”*.

Darío estaba muy triste, su esposa falleció hace 9 meses de un cáncer. Su familia estaba conformada por una hija de 41 años casada con 2 hijos con quienes se frecuentan, un hijo y su familia residentes en otra provincia a quienes visitaba varias veces al año, con ambos tenía buena relación. Darío se esforzaba para contarme su historia, cómo se sentía y qué lo traía a consulta. Producía palabras a veces inentendibles, ausencia de ellas, ideas abarrotadas en su mente sin encontrar un vehículo adecuado para poder expresarse, sin embargo se hacía entender. Se afligía y se esforzaba mientras su gesto me indicaba que estaba preocupado y ansioso porque lo entienda.

1° intervención: Terapeuta (T) \_ “Yo le estoy entendiendo lo que me dice y si no entiendo le pregunto, usted no se preocupe.” Minimizando el hecho de la dificultad que producía su afasia. A lo que respondió con un suspiro de alivio y una sonrisa, agregando en una exhalación, (D) \_ “Gracias”.

Manifestaba que se sentía solo, que extrañaba a su mujer, explicó un poco lo sucedido, agregó que desde que su esposa falleció aprendió a cocinar, también empezó a asistir a un gimnasio, pero se sentaba a comer y la recordaba, la extrañaba. Mientras relataba su sentir se quedaba mirando melancólica la pared del consultorio.

2° Intervención (T) \_ “Usted está de duelo, es lógico sentirse triste a veces”. En silencio enfocó la mirada otra vez y sonriendo suspiró. Sostuve unos segundos el silencio, maniobra que lo invitaba a seguir hablando de ella, él se mantuvo en silencio un considerable tiempo. Agrego (T) \_ *”Qué bueno que aprendió a cocinar”*. El paciente volvió a conectar con su mirada, sonrió y respondió entusiasmado. (D) \_ *”Si, es divertido cocinar, me compro cositas ricas e invento”*. La elección del manejo del silencio y la intervención posterior tuvieron una doble función, la invitación mediante mi silencio fue una apuesta a que siga hablando por los canales azarosamente asociativos, sin embargo se maniobró con el tiempo en que el mismo se sostuvo interrumpiendo con otra intervención cuando ya no tuvo utilidad. Continuar haciéndolo hablar de su esposa hubiera sido un forzamiento hacia su capacidad de abrir el tema, tal vez conmoviendo más de la cuenta sus defensas, algo inadecuado para este primer momento de presentación.

Con la intervención realizada se sancionó su estado actual de pérdida y la normalidad de su sentir invitándolo a la paciencia y la tolerancia del transitar. Además de mi comprensión sobre ello, apuntando a establecer un lazo transferencial. La segunda frase de la intervención sobre aprender a cocinar, intentó remarcar sus recursos adaptativos y su deseo de recuperación.

El paciente se sentía culpable por no haberla hecho hablar a su esposa, (D) *“Ella se callaba todo, se aguantó a mi madre y a la suya sin decir nada, yo creo que eso la enfermó y yo tendría que haberla ayudado y no lo hice”*. Su culpa lo mortificaba. Se observó aquí una defensa típica del duelo, a cualquier costo enfrentarse de lleno a la pérdida irreversible aunque más no sea con la fantasía de que su muerte hubiera sido evitable con algún comportamiento suyo.

3° intervención, (T) *“Se minimizó la situación diciéndole - “Probablemente esa era la dificultad de su esposa, algo que le correspondía a ella no a usted, enfermar de cáncer debe ser un proceso muy complejo como para atribuírselo así, tan simplemente, a usted mismo”*. Darío suspiró, se calmó. La intervención apuntó a aflojar el rol protagónico que se atribuía sobre las causales de lo que le pasó a su esposa, abriendo un espacio entre sujeto y “objeto” perdido desoldándolos en la identificación masiva que se produce al intentar retenerla. También apuntó a mitigar la mortificación por la culpa del que queda con vida.

Darío dijo que estaba yendo a una Iglesia Evangélica del barrio, que eso lo ayudaba, dijo que le gustaría escribir un libro de cómo una persona se recupera del fallecimiento de un ser querido, pero no podía por su dificultad en el lenguaje, también quería coordinar un grupo de ayuda. Para eso es que iba a la fonoaudióloga y trabajaba mucho para mejorar, y venía acá para poder sentirse mejor y salir adelante. Contó sobre la iglesia, sus integrantes, el pastor, etc., relató eufórico las ganas que tenía de poder hacerlo.

4° intervención, (T) *“¡Ha tenido usted una idea regia! Lo de la Iglesia, escribir un libro, ayudar a otros, se lo ve muy entusiasmado, ¿En qué cree que yo puedo ayudarlo?”*.

(D) *“Es que no sé qué pasa, por más que me esfuerce no puedo solo, la tristeza me invade”*.

Su euforia y entusiasmo eran tan intensos como su necesidad de acallar el dolor por su pérdida. Toda esa euforia resultaba insuficiente para reestablecerse, por eso vino a la consulta, algo no está resultado a pesar de sus inmensos esfuerzos, y demandaba a Otro que le brinde una respuesta sobre lo que no sabía que estaba faltando. En mi posición de Analista tampoco sabía aún, pero mi función era estar allí, ser un Otro que lo aloje, que lo piense, estar allí para escuchar esa demanda y ponerla a la vista de ambos mientras maniobraba en dirección al establecimiento de la transferencia. Otra vez una doble maniobra, resaltó las acciones que delataron sus recursos defensivos y creativos de deseo de restablecimiento y por otro lado, incitarlo con mi pregunta para que él nombre la suya no expresada, lo que falla, el enigma a develar, lo que hace síntoma.

5° Intervención, (T) *“Parece que usted está, una vez más, queriendo nacer de nuevo”*. Darío sorprendido sonrió y asintió con su cabeza, mientras escondió su cara llorosa. (T) *“¿Qué le parece a usted si empezamos a trabajar juntos para poder responder a esa pregunta?”* Intervención que apuntó no solo a la construcción de su pregunta, de su problema sino también a abrir la posibilidad de que realizando el trabajo de duelo pueda decir “yo nací de nuevo”, una vez más. Combinamos un nuevo turno.

### **Viñeta Clínica: Caso Carmen, “Ellos están chochos cuando yo voy”**

Carmen de 73 años de edad. Su familia estaba conformada por 3 hijos, dos varones de 53 y 41 años, una mujer de 23 años, quién la acompañó a la consulta. Carmen (C) *“¿Después de 18 años quedé embarazada de nuevo!”* *“¡Quede a los 43 años!”* (Haciendo alusión al embarazo de su última hija). *“¡Y tengo 5 nietos!”*, exclamó orgullosa junto a toda la descripción de su familia.

Comienzo a hablar ni bien sucedió mi presentación, casi sin pausas, (C): *“¡Mi vida no tiene sentido doctora!, ¡No veo las cosas lindas, le pongo el pecho!, ¡Que me calmen los dolores, que pueda dormir es todo lo que quiero! Fui al gastroenterólogo, tengo dolor en la vesícula. Soy*

*depresiva. ¡Miedo, tengo miedo a todo, me aterra el miedo, me aterra, me aterra doctora! Dos hermanos se me murieron, a los 34 murió mi hermana de vesícula y un hermano se suicidó a los 18 años. Mi mamá murió a los 69, se dejó morir, estaba cansada”.*

*(C) “Yo tengo Parkinson hace 5 o 6 meses, fui al neurólogo porque me dolía la cabeza, ¡me dijo que estaba empastillada doctora, empastillada! Me duele todo de las rodillas para abajo, no puedo comer, con la fisioterapeuta incluida. Tomo mucha medicación neurológica y no mejoro. Me caí, me hice 7 fracturas, ahora medicada no me caigo”.*

Carmen hablaba articulando exageradamente, su cara quedaba casi transformada en una mueca, lento, con los ojos abiertos te miraba fijo. En las primeras sesiones siempre se explayaba sobre sus dolores que eran interminables, siempre había algo más que le dolía que no había contado la sesión anterior. Su rostro, a pesar de la exagerada gesticulación, era inexpresivo, rígido, su mirada te veía pero parecía no mirar realmente a ese otro que estaba frente a ella. Surgió aquí un elemento a tener en cuenta para realizar un diagnóstico diferencial ya que esta rigidez en su rostro es una característica motora de los pacientes con Parkinson, (Hospital de Clínicas, Servicio de Neurología. UBA), los cuales se ven afectados neurológicamente en la motricidad facial modificando su expresión. Sin embargo su relato imperativo y con escasa o nula presencia de significantes sobre esta expresividad, sumado al relato metonímico sobre sus dolores y su demanda masiva al Otro, llevó a pensar a Carmen más allá de su enfermedad neurológica.

Terapeuta (T) \_ *“pero qué sería está usted”.* A lo que respondió, siempre con esa exagerada articulación gestual y de manera imperativa:

*(C) \_ “ ¡yo nunca me río, nunca, nunca!”.* (Casi como una amenaza).

*(T) \_ “ ¿A sí? ¿Por qué?”.*

(C) \_*"No sé pero ¡yo nunca me río!"*. (Lo dijo con una actitud imperativa y desafiante).

Surgió aquí el primer indicio de algo que no tenía que ver con la rigidez facial de los pacientes con Parkinson, ella había expresado un posicionamiento y quedaba en suspenso mi interrogante sobre qué significaba para ella no reír nunca para tomarse el trabajo de dejarlo tan claro.

A esa altura del breve proceso, se asomaba la posibilidad de que sus terribles dolores en el cuerpo eran en cierta manera parte de su identidad, un borde, una construcción de la cual sostenerse, eran tal vez, un fenómeno elemental, ¿Fenómeno que concierne al cuerpo?

En el comienzo del primer encuentro Carmen habló con entusiasmo de su vida, sus hijos, su familia nuclear, realizó pequeños comentarios sobre cómo vivió esos acontecimientos, vestigios de su registro emocional sobre lo vivido. En el momento que se conectaba con su padecimiento físico el lazo a la vida se desvanecía, se desconectaba, quedando capturada por el sufrimiento que se expresaba en un ininterrumpido lamento y en una demanda masiva.

En un intento de encontrarme con Carmen en sus anudamientos simbólicos, apelé al despliegue de significantes, para ello maniobré en dirección a correr su foco de atención retornando a ese punto del primer encuentro, por fuera de los dolores de su cuerpo.

Le pregunté por su familia con una clara actitud de querer saber más de ella. Carmen empezó a hablar de sus nietas y comenzó a ponerse bien, su cara expresaba un semblante más luminoso y alegre, sonreía cuando relataba anécdotas con ellas. Me pregunté ¿Dónde quedó ese rostro serio, intimidante y con rigidez motriz? Luego apareció en su relato la familia de su prima con los que solía ir muy esporádicamente algún domingo a jugar a las cartas, contó que se mataba de risa con el marido de su prima porque se la pasaba haciendo chistes. La prima era obesa y él la

cargaba con que no se podía mover, ellas se reían y los sobrinos, grandes ya, también. Jugaban a las cartas, y comían dulces. Mientras relataba estas anécdotas, poco a poco se iba transformando, emergía un sujeto de deseo donde los dolores y esa vida imposible de soportar quedaban desdibujados. Mi actitud fue de seguir el relato con entusiasmo, demandándole que me cuente más:

(T)\_ *”Qué hermoso; qué divertido; es afortunada usted; sí, hay que divertirse lo más que se pueda, ¿así que usted hace ricas pastafrolas?, no sabía de esas habilidades tuyas”*. Dicha demanda e intervenciones funcionaron como hilos que jalaban del psiquismo de Carmen los significantes que la anudaban al mundo y la enlazaban al Otro. Ella me contaba cómo hacía la pastafrola con orgullo y algo de sí se conectó con el deseo de vida. Incentivé a Carmen para que vaya a lo de su prima más seguido, a lo que respondió con aceptación:

(C)\_ *”Ellos están chochos cuando yo voy”*.

#### **Viñeta Clínica: Caso Juan, “Contingencias Hospitalarias”**

Juan, de 69 años de edad, Llegó derivado al servicio por su neurólogo. Presentaba secuelas de un ACV reciente, dificultades motrices leves, disfunciones cognitivas, de la memoria, etc. Vino acompañado por sus dos hijos quienes me explicaron lo sucedido. Ellos se mostraron preocupados y expectantes sobre la atención de su padre y lo que el profesional pueda decirles sobre su estado psicológico, dejando a la vista que Juan contaba con una red familiar afectiva de contención. En la sala de espera verifiqué que Juan se encontraba orientado temporo-espacialmente y que podía hablar.

Ya en el consultorio y luego de presentarme le expliqué la situación de que nos veríamos una sola y que en este tiempo que estaríamos en la entrevista lo iba a escuchar interesada en conocerlo, en entender lo que le sucedía y lo orientaría sobre cómo continuar. Le manifesté que

era mi intención ayudarlo y de ser necesario un tratamiento haría una derivación a un profesional con el cual podría realizarlo.

Juan, aunque se encuentra muy ensimismado y con claros signos de deterioro motriz y cognitivo, entendió lo que le digo y pareció recibirlo con aceptación. Pudo observarse una actitud gestual de posible ansiedad, agobio y desánimo.

Es importante tener en cuenta que todas las verbalizaciones que Juan realizó fueron con dificultad en el habla, no obstante entre palabras y gestos pudo hacerse entender, en esta reseña se simplifica con fines práctico.

Analista (A) \_ " Cuénteme *¿Qué lo trae por aquí?*"

Juan (J) \_ "*Me mandó el médico, me dio un... un... (Se señala la cabeza, no le sale lo que quiere decir) me dio un ACV hace 8 meses y ahora no me dejan manejar, tampoco puedo recordar algunas cosas, los nombres de los vecinos*". (Cambia su expresión con signos claros de angustia).

(A) \_ "*No lo dejan manejar...*"

(J) \_ "*No, no me dejan manejar, me sacaron el carnet*".

(A) \_ "*¿Usted utilizaba mucho el auto?*"

(J): \_ "*Yo era chofer de remise*".

(A) \_ "*¿Trabajaba antes del ACV?*"

(J) \_ "*Ya no oficialmente pero solía llevar algunos vecinos en viajes particulares. Eso me daba un ingreso extra y me gustaba mucho hacerlo*".

(A) \_ "*Entiendo, es un momento difícil. ¿Ahora cómo son sus días?*"

(J) \_ "*Ahora hago las compras por el barrio a pie. Yo sabía los nombres de los vecinos, ahora no me acuerdo, se me confunden. En casa a veces me tienen que cortar la comida. Los otros días me vi en una vidriera mientras caminaba y no me reconocí*". (Hizo una considerable pausa,

y todo su cuerpo quedó tieso reflejando altos montos de angustia). Juan quedó coagulado en una imagen nueva en el reflejo de la vidriera que le devolvió que lo que fue, en el presente eran solo fragmentos.

(J) \_ “¿Qué vio en la vidriera?”.

(J) \_ “No sé, vi a un viejo enfermo”. (Hizo otro considerable silencio y su angustia era notable).

(A) \_ “¿Con quién vive usted, quién le ayuda a cortar la comida?”.

(J) \_ “Vivo con mi esposa y una hija soltera que vive en casa, es la más chica, me ayuda mi mujer”.

(A) \_ “Así que usted la ayuda a ella con las compras”.

(J) \_ “Si, a ella nunca le gustó ir, ahora puedo hacerlo yo”.

(A) \_ “¡Qué bueno! Ahora usted puede ayudarla en eso”.

(J) \_ “si”.

(A) \_ “¿Hay alguna otra cosa que usted realice además de las compras?”.

(J) \_ “Me gusta arreglar cosas de la casa, cuando puedo lo hago. Antes tenía un tallercito en el fondo, todavía lo tengo pero no puedo hacer nada. Yo me metía con los motores”.

(A) \_ “¿Qué cosas arregla ahora?”.

(J) \_ “Algún velador roto, la plancha, los otros días le arregle la tabla de planchar, se la forre toda de nuevo, estaba llena de agujeros y se le trababa la plancha. Lo hice sobre la mesa porque no me puedo mantener agachado”.

(A) \_ “Qué bien, está haciendo cosas que necesitan ser arregladas, que hacen falta en la casa”.

(J) \_ “si, pero no me dejan manejar”.

(A) \_ *"No lo dejan... Cuénteme, ¿Por qué no lo dejan?"*.

(J) \_ *"Y por esto, (señala la cabeza, le hago un gesto expectante invitándolo a hablar). "Es que no tengo los reflejos de antes, ahora todo pasa muy rápido y yo estoy lento, puedo chocar a alguien, hacerle daño a alguien o a mí"*.

(A) \_ *"Entiendo... esta tristeza, está de duelo, imposibilitado de hacer algo que era muy importante para usted"*. (Se produjo un largo silencio, Juan parecía perdido con su mirada en el horizonte).

(A) \_ *"Me dice que no lo dejan ¿Si usted fuera el que da los carnets de conducir se lo daría a alguien que está en su situación?"*

(J) \_ *"Y, no"*.

(A) \_ *"Entonces usted no se deja a sí mismo manejar"*.

(J) \_ *"si, cierto"*.

(A) \_ *"Usted es una persona consciente, es decir decide también, ¿verdad?"*.

(J) \_ *"si"*. (Levantó la cabeza, su mirada intrigada me miró a los ojos, intuyendo un cambio de lógica).

Ya sin más tiempo de sesión una vía posible quedó planteada, la posibilidad de hacer algo más vivificante con lo sucedido, siendo tan solo el germen de una idea que tal vez encuentre en otra instancia y con otro profesional un espacio donde pueda desplegarse y crecer.

(A) \_ *"Entiendo que es difícil, aunque usted puede hacer otras cosas, si, de manera diferente y más lento quizás. Me doy cuenta que puede tener actividades nuevas, hacer otras cosas que también le gusten, que de hecho ya las realiza, eso que está haciendo muestra en usted una actitud de fortaleza, no se rinde y eso tiene mucho valor"*.

## 5. ANALISIS DE RESULTADOS

En este trabajo se realiza una reconstrucción y análisis de la práctica institucional en donde se ejerció el rol del psicólogo clínico en los consultorios externos destinados a personas adultos mayores enmarcado en el encuadre institucional de terapias focalizadas y de tiempos breves, utilizando para ello el Psicoanalítico Aplicado.

Para el análisis de los resultados de este trabajo se contemplaron los antecedentes del psicoanálisis aplicado en la bibliografía de aquellos autores de mayor relevancia encontrados, en una línea temporal a partir de su surgimiento hasta la actualidad.

### 5.1 Antecedentes del Psicoanálisis Aplicado en tiempos institucionales

Es vasto el trabajo que han hecho los psicoanalistas para adaptar la técnica clásica, como el hecho de prescindir del uso del diván y múltiples sesiones semanales, altos honorarios, etc. a los dispositivos institucionales (Laurent, 2008). No debería sorprendernos que los primeros antecedentes se encuentren en el padre del Psicoanálisis, el mismo Sigmund Freud. Siguiendo el relato histórico que Sergio Laia realiza en su artículo *La práctica analítica en las instituciones*, observamos que hacia el final de la primera guerra mundial, en el Quinto Congreso Psicoanalítico Internacional, Freud en un promulgamiento llamado “Nuevos caminos de la terapia analítica”, marca las nuevas condiciones que la clínica deberá enfrentar, refiriéndose a las secuelas que dejaron los horrores de la guerra, (neurosis de guerra), consolidando el posicionamiento del psicoanálisis en todo el ámbito científico, tras dar respuesta a la urgencia social. Este fue solo el punto de partida ya que lo que sobrevino no fueron solo las neurosis de guerra, Freud vaticinaba en su promulgamiento, que el campo de acción del psicoanálisis eran los pobres.

La sociedad descubrirá que las neurosis amenazan la salud pública no menos que la tuberculosis [...] Se crearán entonces sanatorios o lugares de consulta a los que se

asignarán médicos de formación psicoanalítica [...] Cuando suceda, se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones [...] Nos veremos precisados a buscar para nuestras doctrinas teóricas la expresión más simple e intuitiva [...] Cualquiera que sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo [...] no cabe ninguna duda que sus ingredientes más eficaces e importantes se guiarán siguiendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso. (Freud, 1918, p. 153)

Este autor continúa diciendo que estos vaticinios de Freud los convierte en acto, asociándose con Anton Freund para crear en Budapest un instituto donde el psicoanálisis sería practicado, enseñado y accesible al pueblo. La muerte prematura de Anton Freund terminó con este proyecto en particular pero el camino estaba trazado y nadie podría detenerlo. Es Max Eitingon quien crea en Berlín la primera clínica ambulatoria pautada por el psicoanálisis alojando a analistas como Karl Abraham, Hans Sachs, Franz Alexander, Melanie Klein, Helen Deutsch. En este programa de la clínica de Berlín, surgen los Estándares entre los que se encuentran el establecimiento de un tiempo fijo para cada sesión, la exigencia de al menos una sesión semanal, de realizar análisis fraccionados, es decir que puedan ser suspendidos cuando el objetivo terapéutico fuera cumplido. Este es el origen de la terapia psicoanalítica aplicada, de tiempos breves, y focalizada a un objetivo prioritario. En el cuál no puede de ningún modo faltar el trabajo con la palabra y lo inconsciente.

Cabe resaltar que en esta cruzada que inició Freud continúa con sus sucesores hasta la actualidad, y no dejan por fuera aquellas incumbencias nodales que hacen que un tratamiento sea Psicoanalítico. Esto nos trae directamente de vuelta al presente y a las posibilidades de tratamientos psicoanalíticos en el contexto de la práctica. En la actualidad, y dentro del marco teórico que nos ocupa, contamos entre otros, con dos antecedentes a resaltar. Nos cuenta Nicolás Campodónico

(2018) cómo, a partir de una coyuntura política que sucede en Francia en el año 2003, donde queda bajo la lupa del Estado Francés la efectividad de las diferentes psicoterapias, “Miller funda los centros psicoanalíticos de consulta y tratamiento (CPCT), a modo de ‘demostrar’ que el tratamiento psicoanalítico arroja efectos terapéuticos en un corto plazo de tiempo. Los CPCT son un intento de respuesta a las exigencias actuales”. (Campodónico, 2018, p. 95). Estos centros, a diferencia de la institución en la que se realizó la práctica donde rige una sola orientación teórica sino que coexisten múltiples orientaciones particulares a cada profesional, fueron creados por analistas y cuyos lineamientos de trabajo mantienen una coherencia de principio a fin con la lógica y la ética de dicha orientación, haciendo el abordaje de las variables de las diferentes situaciones sociales más controlables. Los objetivos fundamentales de los CPCT son proponer a las persona que deseen una asistencia, la posibilidad de experimentar lo que es hacer un tratamiento de su conflictiva desde un abordaje psicoanalítico, promover en la ciudad el lugar del Psicoanálisis, también realiza formación a los profesionales que operan en la red psicosocial de París y se llevan a cabo investigaciones relativas a la efectividad del psicoanálisis. Es un centro de atención pública y gratuita y sus tratamientos son limitados en el tiempo (Campodónico, 2018).

El Psicoanálisis realizado a los pacientes en las Instituciones se caracteriza por la versatilidad del practicante en el uso y la aplicación de sus herramientas.

El psicoanálisis aplicado no tiene una sola forma de aplicación: la atención introduce rasgos que lo hacen particular: la duración estricta de cuatro meses de tratamiento, el manejo de la transferencia, el activismo del analista y su presencia como objeto y el cara a cara, están al servicio de la búsqueda de efectos terapéuticos rápidos. La presencia de nuevas formas de la demanda, la variabilidad de los síntomas que se presentan, dan lugar a un tratamiento singular (Cottet, 2006 citado en Campodónico, 2018, p. 95).

Otro antecedente a destacar por pertenecer a nuestro entorno geográfico es el trabajo que se realiza en el Servicio de Salud Mental del Hospital Central de San Isidro (Prov. de Buenos Aires). Con la participación del Dr. Belaga y otros integrantes del equipo quienes se dedican a la asistencia e investigación desde este abordaje, realizando múltiples aportes del psicoanálisis en dispositivos institucionales. Al respecto expresa que “nuestra posición será encontrar el modo de mostrar que el psicoanálisis permite operar sobre la heterogeneidad social en términos de leer siempre la presencia de lo real y de operar sobre esa totalidad fallida” (Belaga, 2018, p. 2). Su trabajo abarca temas como la admisión, la temporalidad institucional, la lógica del caso, interconsulta, el control de casos, urgencias, efectividad de los tratamientos, etc. que han servido de guía para pensar y comprender la temática y cuya influencia se ve plasmada a lo largo del desarrollo de este trabajo de sistematización. Se apunta a que aquel que llega o es traído en un momento de crisis pueda poner en palabras ese sufrimiento. Introducir en ese tiempo cronológico un tiempo libidinal en el que pueda aparecer la dimensión subjetiva de aquello que se presenta como ajeno.

## **5.2 Discusión**

El psicoanálisis ejercido en las circunstancias referidas anteriormente presentó un desafío que hubo que superar para no comprometer el buen ejercicio de las funciones del analista y los resultados de los abordajes y tratamientos. Hubo que focalizarse en comprender cuáles son los pilares que sustentan la teoría psicoanalítica, (Los Principios del Acto Analítico, entrevistas psicológicas, posición del analista, transferencia y diagnóstico) y cómo es la aplicación de la misma en estos contextos (Psicoanálisis Aplicado) para no perderse en la vertiginosidad del tiempo. También hubo que comprender las características de la población atendida en particular y

de su etapa evolutiva en general para poder comprender si el dispositivo propuesto era viable con la población atendida.

Se eligieron tres aspectos de los temas analizados para hacer foco en igual número de los casos atendidos y poder así ver in situ cómo se resuelven en la clínica: la importancia de la primera entrevista, el diagnóstico y las contingencias hospitalarias en un ejemplo de lo que puede surgir en el ejercicio del rol en las instituciones y cómo proceder en ellas. Además, en el desarrollo de las viñetas y su análisis puede observarse las particularidades que viven las personas adultas mayores como por ejemplo el impacto que producen los fallecimientos de seres queridos, las enfermedades y el deterioro físico en la edad avanzada.

Es importante resaltar que en las intervenciones y los tratamientos realizados en la práctica se partió de no confundir lo breve del tiempo que puede durar una sesión o un tratamiento con expulsar a los pacientes de los dispositivos a fin de no dar respuesta sin criterio alguno. Se tomó como punto de apoyo la posición del analista que con su ética, su deseo y sus herramientas clínicas hizo que el trabajo con el paciente sea posible ya desde la primera entrevista.

“Las consultas actuales interrogan la posición del analista en las primeras entrevistas, donde resulta indispensable generar condiciones para lo preliminar de todo tratamiento de corte psicoanalítico, siendo central la formalización de la demanda” (Moya, 2017, p. 382).

Los primeros encuentros con los pacientes no deben subestimarse pues en ellos se trazan los primeros lineamientos de los tratamientos que vendrán a futuro.

La importancia del primer encuentro radica en que se abre un espacio en el cual se intenta tejer un lazo transferencial, se va haciendo una evaluación y diagnóstico situacional, evaluación de riesgo, criterio de internación, derivación a interconsulta con psiquiatría u otro profesional, un primer planteo de diagnóstico estructural y una primera estrategia de intervención. “Las maniobras

analíticas apuntarán a sistematizar un síntoma que venga a capitonear la angustia y a abrir una pregunta por el sentido” (Laurent, 2004, citado en Moya, 2017, p. 382).

Se rescataron las secuencias asociativas tras correrse del relato de la simple descripción de un estado actual a la escucha de la repetición que se actualizó a posteriori en la transferencia. Esto implicó un laborioso trabajo, una actitud ética y produjo efectos terapéuticos constituyendo el primer paso que se realizó con los pacientes en la o las primeras entrevistas.

[...] no hay otro instrumento que la palabra, no hay otro medio que la posición justa adoptada por el analista que ahorra sus intervenciones hasta intentar llevarlas a la condición de oráculo. Saca de ello todas las consecuencias posibles, o al menos, busca hacerlo. (Goya, Vicens, Fuentes, Garrido, Rueda, Miller, D’Angelo, Gueguén, 2006, p. 14).

Antes de entrar de lleno en lo que las viñetas aportan es importante tener en cuenta que son las viñetas clínicas, al respecto los siguientes autores nos orientan, “el caso no es el paciente sino la puesta en relato de un sesgo, una situación, un momento de una cura o tramos más o menos extensos de un análisis, una puesta en relato”. (Fernández Miranda, 2021, p. 10).

En la viñeta del caso Darío queda a la vista los elementos técnicos que se utilizan, la importancia de la primera entrevista y la función de la misma. Además se revisan aspectos teóricos sobre el duelo y algunos puntos de referencia que sirven de brújula para realizar un diagnóstico diferencial sobre si estamos frente a un estado depresivo por un proceso de duelo normal o frente a una depresión por un duelo patológico, como así también la posibilidad de ir vislumbrando la dirección de un tratamiento posible para Darío.

Lo importante en un trabajo de duelo que ha tenido una buena resolución, es cuando la creencia de la existencia del objeto cede lugar a la aceptación de que el mismo se ha perdido. Lo que hace que un sujeto desarrolle una depresión o no está en relación a cómo se resolvieron las

pérdidas que llevaron a la estructuración del psiquismo. Por otra parte, en la depresión hay una pérdida del objeto que se convierte en una pérdida del yo. Es el yo el que perdió, el yo quedó debilitado porque formaba parte de su vida. Toda la vitalidad del sujeto se halla comprometida y capturada en el objeto perdido. La persona con depresión no puede batallar con la espera del objeto, que además lo siente perdido.

El trabajo de duelo conjuga una problemática objetal, narcisista y defusión pulsional (es decir: separar pulsión de vida de pulsión de muerte). Un duelo es exitoso cuando la pulsión de vida reviste al yo predominando frente a la pulsión de muerte. El duelo es patológico cuando predomina la pulsión de muerte, es un duelo congelado.

En el caso Darío se reflejan situaciones típicas de esta etapa evolutiva, como por ejemplo el atravesar por la situación del fallecimiento del conyugue y su duelo concomitante, la soledad que se acrecienta por vivir solo ya que sus hijos son independientes y tienen sus propias familias y hogares, nuevos roles (domésticos en este caso particular) frente a la ausencia de su ser querido, etc.

Se utilizaron maniobras para propiciar un lazo transferencial, la escucha analítica siempre presente, la puesta en marcha de los primeros esbozos de un diagnóstico estructural y situacional del paciente tras plantearse preguntas al respecto, (¿es un paciente en riesgo?, ¿curso un proceso de duelo normal o patológico?, ¿tiene una red de contención afectiva que lo acompañe y lo contenga?, etc.). La posición del analista queda a la vista propiciando una subjetivación del síntoma además de la construcción de una pregunta propia que ubica a Darío en lo que demanda y con la cual poder retomar el trabajo en posteriores sesiones. Se utilizan puntuaciones, señalamientos e interpretaciones, recursos técnicos que hacen posible el trabajo analítico.

Teniendo en cuenta que la primera entrevista es un estadio incipiente del trabajo con el paciente todo pareciera indicar que estamos en el curso de un proceso de duelo normal, no solo porque el acontecimiento es relativamente reciente (nueve meses), sino porque el paciente se encuentra en un estado de angustia tolerable y con claros indicios de una actitud resiliente.

En Lacan se puede ubicar la noción de tiempo lógico, el cual está conformado por tres tiempos, el instante de ver, el tiempo de comprender y el momento de concluir. Ese primer tiempo para las entrevistas preliminares, es el tiempo de ver. En la entrevista con Darío se instalaron los mojones que produjeron una apropiación subjetiva de su padecimiento, al decir de Miller “La localización subjetiva [...] dirige al paciente en una vía precisa al encuentro del inconsciente; lo lleva en dirección al cuestionamiento de su deseo y de lo que quiere decir, y hacerle percibir que siempre hay una boca mal entendida” (Miller, 1997, p. 62), más allá de su afasia.

Ese es un acto de dirección del analista. [...] Las entrevistas preliminares no son solamente una investigación para descubrir dónde está el sujeto, se trata de efectuar un cambio en la posición del sujeto, transforma la persona que vino en un sujeto, en alguien que se refiere a lo que dice guardando cierta distancia con relación al dicho. (Miller, 1997, p. 62)

Se propuso a Darío iniciar un camino, que no es cualquiera y que es con Otro. Un camino que aprovecha la huella que dejó su decisión luego de su grave accidente, él eligió no quedarse fijado al trauma y las secuelas neurológicas de su afasia, eligió renacer y lo expresa claramente. ¿Cuántas veces se puede nacer de nuevo en la vida de una persona? Dependerá de cada quien, podemos pensar que Darío, en el transitar de su trabajo de duelo, pueda una vez más, sentir que nació de nuevo.

El analizante toma la palabra y lo que oímos es una serie de temporalidades que atraviesan esta palabra en todos los sentidos y en todos los tiempos, presente, pasado y futuro

[...] en todo instante, en cada fragmento de habla puede cruzarse con otro fragmento aparentemente heterogéneo, informarlo y transformarlo. Nos hallamos entonces, parcialmente fuera del tiempo y sin embargo más que nunca en los tiempos, fuera de él en parte dentro de él...y lo que nos guía es el síntoma, como expresión de lo más singular del sujeto. (Le Poulichet, 1994, p. 17)

Se puede observar entonces la importancia de la primera entrevista, el encuentro con un analista y el efecto terapéutico que tiene en sí misma más allá de su corta duración. Han quedado plasmados elementos teóricos y técnicos de la teoría Psicoanalítica como así también del abordaje en tiempos reducidos.

En ese tiempo de la primera consulta concurren pacientes que presentan angustia y otros padecimientos, es un desafío conducirlos a poder simbolizar aquello que la palabra no puede nombrar. No es una anamnesis o entrevista pautada, sino un espacio- tiempo donde se da lugar a la palabra diferenciando el enunciado de la enunciación produciendo efectos de pacificación, provocando sorpresa para el que consulta.

En la viñeta clínica del caso Carmen se pueden ver plasmadas una vez más las problemáticas comunes a las personas adultas mayores y cómo con los elementos teóricos y técnicos interviene el Psicoanálisis. Carmen presenta deterioro físico y su padecimiento concomitante que en este caso particular se encuentran, quizás, en una estructura por fuera de la neurosis. Por otro lado, la presencia de los nietos y el rol de abuela colaboran a favor de la pulsión de vida. A través de la escucha analítica, recurso por excelencia del Psicoanálisis, se alojó al sujeto en el dispositivo mientras el diagnóstico diferencial jugó una función clave para elegir las intervenciones y producir efectos terapéuticos.

Lo destacado en este caso fue la necesidad de perfilar un diagnóstico de su estructura psíquica y la relación ésta con el Parkinson (enfermedad que produce el síntoma de la cara de póker o rigidez facial presente de manera similar en algunos pacientes con estructuras con rasgos psicóticos). Sería ingenuo pensar que podemos prescindir de la teoría al escuchar o al intervenir. Los conceptos orientan la práctica y una adecuada conjetura diagnóstica resulta de importancia para dirigir adecuadamente una cura.

“Es necesario que no funcione para el analista como un saber cristalizado, que el saber del analista no haga obstáculo a la producción significativa del analizante y a la posibilidad de escuchar lo que se dice en cada sesión”. (Rubistein, 2014, p. 4-5)

La literatura psicoanalítica Lacaniana habla de los fenómenos elementales presentes en estructuras psicóticas, identificarlos nos ayuda con el diagnóstico. En el caso Carmen particularmente pareció estar presente el fenómeno elemental que concierne al cuerpo, elemento que nos aproxima a un diagnóstico de estructura, ¿una psicosis?

El diagnóstico no se trata de hacer una clasificación superficial, sino de, [...] la posición del sujeto en la estructura y esto no siempre puede establecerse de entrada. Podría decirse que el diagnóstico es una conjetura que se construye a partir de lo que se escucha y que debe ser verificada también en lo que se escucha. Esto requiere que el analista pueda soportar sus errores y que esté dispuesto a redefinir la conjetura si aparece algo nuevo, o si escucha algo que hasta ese momento había sido pasado por alto. En muchos casos el diagnóstico lleva tiempo y se hace necesario mantener la espera acompañándola de prudencia en las intervenciones. Prudencia que no es sin embargo parálisis. (Rubistein, 2014, p. 6)

El proceso que se realizó con Carmen permite ver la evolución del tratamiento y sus efectos. De un discurso con rasgos delirantes, una vivencia de cuerpo dolorido, estragado, con certeza absoluta, advertencias en su tono de voz, énfasis en ciertas expresiones “yo nunca me río” y en su mirada los bordes en los que estaba parada.

Su dolor en el cuerpo, era el reflejo del dolor en el mismo existir, la demanda masiva donde todo de sí quedaba por fuera, (¡Que me calmen los dolores, que pueda dormir es todo lo que quiero!).

Se construyó un borde que insistía en desdibujarse, y así otro estatuto de existencia comenzó a expresarse. Carmen pudo construir un saber de sí, un lazo a los otros, (los parientes), un hacer que hace lazo, (las pastafrolas) y un lazo, aunque particular a un “Otro”, el analista.

Eric Laurent plantea que “el lazo social determinado por la práctica del psicoanálisis constituye un tratamiento diferente, del sentido, de lo real y del cuerpo.” La psicosis nos enseña que hay diversos modos de reestablecer una relación con el Otro y soportar una relación con el propio cuerpo. La apertura es dar un tratamiento posible a lo real del goce, en tanto entra en el aparato discursivo, lo captura. (Belaga 2015, p. 102).

Como se expresó, el diagnóstico tomado como “[...] saber cristalizado, como certeza, puede obturar la escucha analítica, pero desconocerlo puede llevar al analista a perder su orientación en el proceso. Este es un punto de tensión inevitable e intrínseco a las condiciones mismas del análisis”. (Rubistein, 2014, p. 4).

Pero la ausencia de aproximaciones diagnóstica implica caminar a ciegas e impide aplicar las herramientas clínicas necesarias y tener una dirección de la cura hacia dónde dirigirse.

En la última viñeta clínica, caso Juan, se plasma un ejemplo de las muchas contingencias que se presentan en las instituciones. El fallido de una secretaria, quien lo pone para su primera

consulta el último día de asistencia del profesional a la institución, lo que implicó que se pudo tener un solo encuentro.

Por múltiples razones las instituciones hospitalarias están atravesadas por circunstancias que quedan por fuera de lo esperado o lo pautado, constituyéndose las mismas en un escenario propicio para la práctica de la flexibilidad y la creatividad, el buen criterio y el sentido común, siendo estos elementos imposibles de definir con unanimidad u objetividad quedando la interpretación de lo que ello signifique y los accionares que se realicen en manos de la subjetividad de los actores involucrados.

Se puso así en juego la ética psicoanalítica y su lógica aceptando alojar a esa persona aunque fuera en un solo encuentro, porque el paso de un sujeto por una intervención psicoanalítica puede, de alguna manera, ser eficaz más allá del tiempo cronológico con el que se cuenta. Se apuntó a que al menos hubiese un “Otro” que alojara, escuchara, contuviera y orientara a ese sujeto. Esto fue en sí mismo terapéutico, pero además se intentó conmover la lógica inconsciente producto de su padecimiento.

En la presentación se realizó el encuadre de trabajo que orientó al paciente y a su familia en la situación. Ya en la entrevista se alojó al paciente invitándolo a hablar de sí mismo y del motivo por el que había venido a la consulta en una clara actitud de recibimiento. Se toma a esa única sesión como una unidad de trabajo, con todo el valor de un “ciclo”, que tiene una apertura y un cierre definidos, cuyo valor radica en que al pensarse entre dos tal vez se produzca en él algo nuevo que lo impulse hacia su recuperación.

Al mirarse Juan en la vidriera el reflejo de su cuerpo deteriorado le despertaba horror, angustia y cierto grado de extimidad. ¿De quién era ese cuerpo?

El viejo es siempre el otro en que no nos reconocemos, la imagen de la vejez parece siempre estar “afuera”, del otro lado, y aunque sepamos que “aquella” es nuestra imagen, nos produce una impresión de inquietante extrañeza. Lo apavorante conectado a lo familiar. Apavorante porque la imagen del espejo no corresponde más a la imagen de la memoria; la imagen del espejo anticipa o confirma la vejez, en tanto que la imagen de la memoria quiere ser una imagen idealizada que remita a la familiaridad del yo especular. (Catullo Goldfarb, 1998, s/p).

Este fenómeno sucede en las personas adultas mayores en general, más aún en Juan con el plus que las secuelas que el A.C.V. dejaron en su cuerpo.

Se intenta construir con este cuerpo deteriorado, un nuevo cuerpo tanto imaginario como simbólico y nuevas formas de funcionar en el mundo.

El relato de Juan sobre su reflejo en la vidriera cargado de angustia y perplejidad conmueve, es importante aquí rescatar otro elemento técnico del psicoanálisis, recurso de la disociación instrumental que todo practicante del psicoanálisis debe implementar. Un justo equilibrio entre la empatía y la distancia necesaria para no quedar atrapado, es decir, poder operar con el horror sin horror. Sostener la mirada con semblante empático pero con la abstinencia de la conmoción subjetiva que ello pueda despertar en la persona del analista es vital para que Juan, tras ser sostenido, pueda desplegar la cadena significativa.

Al terminar el tiempo objetivo de ese único encuentro, la situación exigió un cierre subjetivo. Para ello se le sugirió a Juan que se permitiera continuar con un proceso terapéutico que posibilite que pueda reconstruirse. Juan accedió, con la mirada, con gestos y con la palabra.

En esta ocasión el tiempo cronológico fue breve, brevísimo podríamos decir. No era posible un tiempo y espacio más generoso para desplegar otros elementos, tornando la

estrategia de intervención en una jugada osada: ir casi sin preludios al hueso. En primera instancia se le hizo un lugar con la escucha analítica para luego entrar en el tiempo lógico de su inconsciente y “tocar algo” para producir un efecto, como se dijo el germen de una nueva idea, un cambio en su posicionamiento. La apuesta fue tomada bajo el riesgo de que, por no poder permitir el despliegue de sus significantes, esta nueva idea colapsara rápidamente porque su “yo” no pueda sobreponerse a la herida narcisista. No podemos saberlo porque el tiempo concluyó, sin embargo su reacción le hizo un guiño a la idea de que hubo algún efecto transformador.

Puede observarse que el proceso se desarrolló en coherencia con la lógica planteada al paciente. Es decir, la Analista hizo con lo que había, lo máximo posible, (al menos para ella), ¿no es eso acaso lo que se le propuso a Juan? A partir de un turno inesperado dado “por error”, un tiempo breve, un paciente que no poseía antecedentes de procesos terapéuticos realizados, cuya demanda era de otros (los médicos), con una biología más lenta, que se encontraba sumido en la inaceptación de su situación y en un proceso de duelo que aún no había comenzado.

Ambos, Analista y Paciente se vieron interpelados por las limitaciones físicas de Juan conjuntamente con la escasez del tiempo, empujados por él, con el desafío de que un saber adviniese y, tal vez, que se produjera un efecto de relocalización subjetiva que apuntara a su vivificación, que le permitiera encontrar un nuevo valor a su existencia donde pudiera sentir y decir algo más vivificante frente a esa imagen que le devolvía la vidriera, que incluyera una mayor aceptación y la capacidad de reinventarse en las nuevas condiciones que le toca vivir. ¿Cómo se produjo lo máximo posible? En primer lugar, por las circunstancias institucionales antes mencionadas, se estructuró la entrevista como una unidad en sí misma sin restarle por ello valor alguno y se lo planteó al consultante en forma de encuadre. Por otro lado, aunque fue derivado por su médico, se dio valor al hecho de que Juan aceptó concurrir a la entrevista, se contó con el deseo

de un sujeto que intentaba implicarse en lo que le sucedía y se reforzó su implicancia aprovechando cada oportunidad para hacérselo saber.

El efecto terapéutico del trabajo realizado con Juan puede verse en el cierre de la sesión. No es el mismo Juan el que entró a la sesión del que salió y eso pudo corroborarse en sus dichos, y en sus actitudes. Por otro lado, la analista frente a la situación inesperada, decidió con su deseo y su ética realizar la entrevista de todas formas porque supo que al menos un solo encuentro con un analista podía serle más beneficioso no tenerlo. Ya en la sala de espera calculó los efectos de cancelar la cita y volverlo a derivar con otro profesional con permanencia en la institución. Pero el paciente es un hombre mayor, con dificultades físicas, fue trabajoso llevarlo y que accediera a la consulta, llevado por sus hijos preocupados y desorientados, (como el mismo paciente), sobre cómo ayudar a su padre, estaban ansiosos y expectantes sobre lo que la profesional que lo atendiera pudiera hacer y decir.

La mirada intrigada de Juan luego de la última intervención, tal vez haya sido un indicio de que consideró la nueva idea que se le propuso. Juan tenía por delante un trabajo de duelo, un acompañamiento psicoterapéutico era indicado en este momento para desarrollar las acciones específicas que le ayuden a hacer las transformaciones en su nueva vida. Se deberán unir los fragmentos de esa imagen devastada sobre su cuerpo en las nuevas condiciones y reconstruirlos en el escenario que su presente le impuso. La pérdida de funciones del yo (dejar de manejar el auto, sus lentos movimientos corporales, sus olvidos), alteró su homeostasis libidinal narcisista. A partir de allí podrá hacer sustituciones con otras funciones que le brinden satisfacciones que invistan al yo, esto le plantearía un horizonte de posibilidades, luego de elaborar las pérdidas.

Tanto Juan como sus hijos, (estos últimos en la devolución que se les hizo sobre su padre con los pasos a seguir), se fueron orientados, más tranquilos y con la decisión de comenzar un tratamiento con otro profesional de la institución. Se fueron pacificados.

Amerita preguntarse si una sola intervención es un tratamiento ¿Fue el encuentro con Juan un análisis? Claro que no pero como hubo un analista pudo haber una intervención analítica y efectos terapéuticos. Se puso en juego una premisa básica del Psicoanálisis “No todo es posible” pero entonces ¿qué es lo que fue posible? Aquí se condensan los elementos abordados a lo largo de este trabajo. La posición del analista como pilar de la intervención, la comprensión de aspectos relativos a su etapa vital, la construcción de un lazo con la analista, (aunque mediatizado por la palabra de su médico), es suficiente para poder trabajar en esa sesión y producir un efecto, la realización de una aproximación diagnóstica de sus capacidades y recursos físicos, cognitivos, psíquicos, si tiene o no recursos económicos básicos, una red social-familiar de contención, un relevamiento de los datos que figuran en su historia clínica como antecedentes, etc. Y lo más importante, captar lo que en el sujeto hay como recurso, (su deseo de vivir y recuperarse), y convocarlo a que ello poco a poco se ponga en primer plano anteponiéndose a su padecer. Sin lugar a dudas una ardua tarea que se realiza en un tiempo que es breve.

## **6. CONCLUSIÓN**

En este trabajo se sistematizó la práctica institucional referida a la realización de abordajes y tratamientos de corte psicoanalítico con un encuadre de tiempos breves en pacientes adultos mayores.

La institución dispone para la atención de estos pacientes tratamientos cortos, limitados no solo en la duración de las sesiones sino también en el tratamiento planteando así un desafío para el psicoanalista.

Haber atravesado por la experiencia, la reflexión y la investigación permitió comprender las características de esta franja etaria y a su vez ayudó a desarrollar una mayor destreza para la atención de estos pacientes en el contexto dado.

Comprender el contrapunto ya expresado entre los tiempos más lentos de las personas adultas mayores en contraste con la mayor velocidad del encuadre institucional permitió crear un dispositivo con un tercer tiempo privilegiando lo subjetivo sin abstraerse del contexto.

Se debe interactuar con la norma de la institución, (encuadre breve), que es nuestro contexto de trabajo y no perdernos en el esfuerzo de adaptarnos, lo que implica no quedar atrapado ni inhibido por ella y saber hacer uso de las reglas del Psicoanálisis.

El Psicoanálisis es una teoría y una terapéutica, (Lacan dirá un discurso), que tiene una teoría y técnica bien definidas. El Psicoanálisis Aplicado es una adaptación en la manera de realizar los abordajes y tratamientos, dada la demanda social y su atención en los dispositivos institucionales. No obstante, se rige por los mismos pilares que los tratamientos tradicionales. Haciendo una síntesis de los mismos, se destaca una particular concepción de salud mental en donde el ser humano padece de lo incurable, (determinismo inconsciente y repetición mediante), dada la castración, (o el goce), siendo imposible de hacerlo desaparecer, pero si reducirlo y aprender a hacer con eso. Por otro lado, hay una concepción particular del síntoma donde lo reprimido y la pulsión retornan en la vida del sujeto, es decir, el sujeto tiene una posición sobre su síntoma que es inconsciente y se encuentra determinado por él. El analista trabajará para que este sea localizado por ambos y así el paciente pueda obtener un nuevo posicionamiento frente al mismo y un cambio significativo.

Este trabajo se realiza haciendo que el paciente en análisis despliegue las cadenas significantes. Por eso se define al Psicoanálisis como una cura por la palabra.

Existen en la terapéutica psicoanalítica instrumentos clínicos tales como la función de la primera entrevista, la utilización de la posición del analista, el uso de la transferencia, la importancia del diagnóstico, y los recursos técnicos como las puntuaciones, señalamientos, interpretaciones, etc., que se implementan permitiendo la realización de los abordajes y los tratamientos.

La concepción de procesos pensados en ciclos es una herramienta que surge del Psicoanálisis aplicado en un intento de dar respuesta a las demandas sociales.

A pesar de los desafíos que supone el trabajo en las circunstancias descritas, se pudo desarrollar una práctica eficaz en sintonía con lo descrito por los autores en las publicaciones consultadas sobre el tema.

El psicoanálisis aplicado a la terapéutica es una orientación compatible con el dispositivo institucional siempre y cuando haya un analista que no ceda frente a la incomodidad que traen los tiempos breves, es el deseo del analista y su posicionamiento, junto a su bagaje teórico-clínico y su flexibilidad y creatividad, lo que produce que en este contexto institucional se puedan realizar abordajes de corte psicoanalítico.

Los abordajes terapéuticos en las circunstancias descritas no son fáciles ni cómodos para los analistas y tampoco suelen serlo para los pacientes. Sin embargo y lejos de toda pretensión, el analista armando un encuadre propio dentro del encuadre propuesto por la institución, construye un dispositivo válido y así una intervención eficaz puede ser posible.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bases Savoy L. (2006) *La encrucijada en el tratamiento del adulto mayor*. Fepal - XXVI Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis "El legado de Freud a 150 años de su nacimiento". Lima, Perú. <http://www.fepal.org/images/2006clinica/bases,%20liliana%20-trabajo-%20las%20encrucijadas.pdf>
- Belaga, G. (2015). *La práctica del psicoanálisis en el hospital*. Olivos: Grama.
- Belaga, G. (2018) Salud mental: Una totalidad fallida, o como los paradigmas ‘salud mentalista’ y ‘de las Neurociencias’ no se corresponden con la ética del psicoanálisis. *Revista Digital La libertad de Pluma* N°5. <http://lalibertaddepluma.org/guillermo-belaga-salud-mental-una-totalidad-fallida-o-como-los-paradigmas-saludmentalista-y-de-las-neurociencias-no-se-corresponden-con-la-etica-del-psicoanalisis/>
- Bianchi, H. (1987). *El Yo y el tiempo. Psicoanálisis del tiempo y del envejecimiento*. Edit. Bordas.
- Bodni, O. (2018) El envejecimiento. Una paradoja demográfica actual. Una paradoja del envejecimiento humano actual. *Revista Desvalimiento Psicosocial* Vol. 5, N°1. [http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/4585/El%20envejecimiento\\_Bodni.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/4585/El%20envejecimiento_Bodni.pdf?sequence=1)
- Campodónico. (2018) Extensión del psicoanálisis en la institución de salud pública. *Temas en Psicología*, n°87, Vol. IV. Anuario. Universidad Nacional de la Plata. <https://revistas.unlp.edu.ar/AnuarioPsicologia/article/download/8475/7100/23412>
- Catullo Goldfarb, D. (1998) *Cuerpo, tiempo y envejecimiento*. Editora Casa do Psicólogo. <https://www.geracoes.org.br/cuerpo-tiempo-y-envejecimiento>
- Cena, M. V. (2020) El adolescente como paciente identificado y la función que cumple el síntoma para su sistema familiar: sistematización de una experiencia. Contexto clínico. [Tesis de grado]. Universidad Católica de Córdoba. [http://pa.bibdigital.uccor.edu.ar/2595/1/TF\\_Cena.pdf](http://pa.bibdigital.uccor.edu.ar/2595/1/TF_Cena.pdf)
- Cottet, S. (2006). La consulta psicoanalítica: cortocircuito. *Revista Digital de la Escuela de Orientación Lacaniana* n° 14, p.p. 101-104. <http://www.revistavirtualia.com/storage/ediciones/pdf/foVolkDgAmpveFzjIN8SdOzRmc0RyuY81pX7q9L7.pdf>
- Facultad de Psicología (2017). *Temas en psicología*. Volumen 4. Anuario. Universidad Nacional de La Plata.

- [http://www.psico.unlp.edu.ar/uploads/docs/temas\\_en\\_psicologia\\_vol4\\_fe\\_erratas\\_ok.pdf.pdf](http://www.psico.unlp.edu.ar/uploads/docs/temas_en_psicologia_vol4_fe_erratas_ok.pdf.pdf)
- Fernández Ferman, A (2009). El otro, el viejo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* n°108: pp. 158 - 169. <https://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200910808.pdf>
- Fernández Ferman, A. (2006). Subjetividad, relato y vejez. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* n°103: pp. 111 - 124. <https://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200610307.pdf>
- Fernández Miranda, J (2021). La investigación y la práctica del psicoanálisis. *Revista psicoanálisis en la universidad* N°5, pp. 63 - 83. Rosario, Argentina, UNR Editora. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/95-Texto%20del%20art%C3%ADculo-178-1-10-20210515.pdf>
- Freud, S. (1916-1917): *Conferencia 34. Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones*. Obras Completas. Buenos Aires Argentina. Edit. Amorrortu.
- Freud, S. (1986). *Duelo y melancolía*. Obras Completas, Vol. XIV. Buenos Aires, Argentina. Edit. Amorrortu. T XIV, 235-255.
- Goya, A., Vicens, A., Fuentes, A., Garrido, C., Rueda, F., Miller, J. A., D'Angelo, L., Gueguén, P. G. (2006) *Efectos Terapéuticos Rápidos*. Edit. Paidós.
- Green, A. (2001). *El tiempo fragmentado*. Ed. Amorrortu.
- Hornstein, L. (2006). *Las depresiones. Afectos y humores del vivir*. Buenos Aires, Argentina. Edit. Paidós. <https://espaciopsicopatologico.files.wordpress.com/2017/02/hornstein-luis-2006-las-depresiones.pdf>
- Hospital de Clínicas UBA. *La Hipotonía, uno de los síntomas menos comentados por quienes tienen Parkinson*. Servicio de Neurología, Programa de Parkinson y movimientos anormales. <http://neurologia.hospitaldeclinicas.uba.ar>
- Jara Holliday, O. (2018) La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos políticos. *Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano - CINDE*, pp. 258. Primera edición, Colombia. <https://repository.cinde.org.co/bitstream/handle/20.500.11907/2121/Libro%20sistematizacio%CC%81n%20Cinde-Web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jara Holliday, O. (2020). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*. Director General del Centro de Estudios y Publicaciones Alforja, San José, Costa Rica.

- Biblioteca Electrónica sobre Sistematización de Experiencias.  
[https://www.kaidara.org/wp-content/uploads/2019/05/Orientaciones\\_teorico-practicas\\_para\\_sistematizar\\_experiencias.pdf](https://www.kaidara.org/wp-content/uploads/2019/05/Orientaciones_teorico-practicas_para_sistematizar_experiencias.pdf)
- Lacan, J. (1965). *Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*. Edit. Siglo XXI. <https://www.bibliopsi.org/docs/lacan/14%20Seminario%2011.pdf>
- Lacan, J. (1975). *Escritos 1. Tres: El tiempo lógico y el aserto de incertidumbre anticipada*. Pp. 193 – 220. Edit. Siglo XXI. <https://espaciopsicopatologico.files.wordpress.com/2017/02/escritos-1-jacques-lacan.pdf>
- Lacan, J. (1988). *Escritos 2. Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano*. Edit. Siglo XXI. <https://espaciopsicopatologico.files.wordpress.com/2017/02/escritos-2-jacques-lacan.pdf>
- Laura en Sociedad (19 septiembre 2019) Anciana de 99 años recita poema "No Envejezco Jamás" [archivo de video] YouTube. [https://www.youtube.com/watch?v=2vaI\\_\\_C5uiw](https://www.youtube.com/watch?v=2vaI__C5uiw)
- Laurent, E. (2000) *Psicoanálisis y Salud Mental*. Edit. Tres Haches.
- Laurent, E. (2003) *Los Usos Del Psicoanálisis*. Primer Encuentro Americano del Campo Freudiano. Buenos Aires, Argentina Edit. Paidós.
- Laurent, E. (2003). El caso, del malestar a la mentira. *Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana* N°4. Buenos Aires. [http://ea.eol.org.ar/03/es/textos/txt/pdf/el\\_caso.pdf](http://ea.eol.org.ar/03/es/textos/txt/pdf/el_caso.pdf)
- Laurent, E. (2004). *Principios rectores del acto analítico*. Congreso de la AMP en Comandantuba. Escuela de la Orientación Lacaniana. [http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=publicaciones&SubSec=on\\_line&File=on\\_line/laurent/documentos.html](http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=publicaciones&SubSec=on_line&File=on_line/laurent/documentos.html)
- Laurent, E. (2008). *Variaciones de la cura analítica, hoy. La relación entre el efecto terapéutico y su más allá*. Buenos Aires Edit. Grama.
- Le Poulichet, S. (1996). *La obra del tiempo en psicoanálisis*. Argentina, Buenos Aires, Argentina. Edit. Amorrortu.
- Leiva Barrera, X. (2015). TEMPORALIDAD PSÍQUICA EN LA VEJEZ: Estudio de caso de adultos mayores alumnos de UDAM (Unión de aulas mayores) [Tesis de grado]. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. [http://opac.pucv.cl/pucv\\_txt/Txt-7500/UCC7514\\_01.pdf](http://opac.pucv.cl/pucv_txt/Txt-7500/UCC7514_01.pdf)

- Mannoni M. (2010). *Un saber que no se sabe: la experiencia analítica*. Edit. Gedisa.
- Miari, A. S.; Fazio, V. P. (2016). *Algunas consideraciones sobre la construcción de casos clínicos en Psicoanálisis: Historiales, viñetas, sueños y ateneos*. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII. Jornadas de Investigación XII. Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires Argentina. <https://www.aacademica.org/000-044/787.pdf>
- Miller, J., A. (2006). *Introducción al método psicoanalítico*. Edit. Eolia-Paidós. <https://psiligapsicanalise.files.wordpress.com/2014/09/jacques-alain-miller-introductic3b3n-al-mc3a9todo-psicoanalc3adtico.pdf>
- Moya, C. (2017). Subjetivación de la Demanda: Condición Preliminar para el Inicio de un Tratamiento Analítico. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, Vol. 3, N°2, pp. 375-383. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/18902/18794>
- Pérez J. F. (2005). La pregunta sobre la eficacia terapéutica en psicoanálisis. *Revista Virtualia*. Año IV. N°13. *Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*. [http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/zdtFgVruo68vNbQX2MC52JzBtN\\_TSJtUyRMLmzNYq.pdf](http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/zdtFgVruo68vNbQX2MC52JzBtN_TSJtUyRMLmzNYq.pdf)
- Pozo, M. J. (2006) El joven Garma: de Berlín y Madrid a la organización del psicoanálisis argentino. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XXVI, fascículo 2, n.º 98. <https://aprenderly.com/doc/3420038/el-joven-garma?page=3>
- Rojas, M,A; Coronel, M; Cruz, A; Miari, A, S y Paturllane, E, L (2011). El empleo del tiempo y la práctica psicoanalítica en el hospital público. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-052/860.pdf>
- Rubinstein, A. (2009). “Efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en ámbitos institucionales”. *Anuario de Investigaciones*, vol. XVI, 2009, pp. 147-156. Universidad de Buenos Aires, Argentina. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139945053.pdf>
- Rubistein, A. (2014). Algunas cuestiones relativas al diagnóstico en psicoanálisis. 4to encuentro americano. [http://ea.eol.org.ar/03/es/textos/txt/pdf/textos\\_rubistein.pdf](http://ea.eol.org.ar/03/es/textos/txt/pdf/textos_rubistein.pdf)
- Saint Michel (10 junio 2019). *Consultorios externos*. <https://www.saintmichelsrl.com.ar/consultorios-externos/>

Tarrab, M. (2005). *En las huellas del síntoma*. Edit. Grama.

Zambrano Constanzo, A. y Berroeta Torres, H. (2012) Teoría y práctica de la acción comunitaria. Aportes desde la psicología comunitaria. Universidad de Valparaíso Chile. RiL editores.  
[https://www.academia.edu/5183644/Teor%C3%ADa\\_y\\_pr%C3%A1ctica\\_de\\_la\\_acci%C3%B3n\\_comunitaria\\_aportes\\_desde\\_la\\_psicolog%C3%ADa\\_comunitaria](https://www.academia.edu/5183644/Teor%C3%ADa_y_pr%C3%A1ctica_de_la_acci%C3%B3n_comunitaria_aportes_desde_la_psicolog%C3%ADa_comunitaria)