



Trabajo Integrador Final

El deseo del analista no es un diván: sobre psicoanálisis y su praxis hospitalaria

Autora: Romagnoli, Sofía Jael

Legajo: R-5620/1

DNI: 38902706

Docente Responsable: Cejas, Sandra

Modalidad: Ensayo

2024

Agradecimientos

A mi familia, en especial a mi madre que estuvo en todo momento y todos los recuerdos.

A Lu, el mejor compañero que pude tener en la facultad y en la vida. A mis

amigues, les que acompañaron este proceso pidiendo que les avise cuando saliera de rendir. Hoy es la salida y que felicidad saberles cerca. No imagino que este trayecto fuera posible sin ellos cerca cada día, con la calidez de hacer refugio cualquier cosa que tocan, incluyendo las mesas del bar. Mención especial a aquellos de las juntadas de estudio eternas: Miki y Mati; a Maga, que leyó este trabajo más veces que yo; y a Julia, que es la DM en todo lo que sea psicoanálisis.

A Carla, para la que no existen palabras de amor y agradecimiento por 20 años siendo todo y acompañando todo. Ojalá tengan una en sus vidas.

A mis docentes, por transmitir desde el amor. En especial a Sandra, ella me llevó al país de las maravillas que es el Vilela y supo ser sostén de esta práctica y este trabajo. Al Hospital Vilela y su gente, por abrirme las puertas y dejarme habitar ese lugar que supo ser mi casa y por el trabajo que realizan, que me mostró la respuesta a la pregunta “¿qué querés ser cuando seas grande?”. En especial a Ro, por todo. A Rafa, por haber acompañado este final de todas las formas posibles. No todo el mundo puede ser docente, no todos los docentes dejan huella, no toda huella produce escritura. Y sería injusto no reconocer que todo escribir ha sido posible por su huella. De lo imposible a lo necesario estuvo un Rafa, siendo, sin exagerar, el mejor docente de mi biografía escolar.

Pero el agradecimiento por este final es a Leo, aquel que supo darle un sentido a la práctica inspirando este trabajo, su forma de transmitir el imposible creó posibilidades. Este trabajo es una forma de homenajearlo también.

Finalmente, a la Universidad Pública, por ser mi casa y, sobre todo, por permitir a una hija de obreros llevar el primer título universitario a la familia.

Índice

1

1- Resumen.....	3
2- Introducción.....	

4		3-
Desarrollo.....		5
3.1 Un Territorio en Disputa: Acerca de la Relación del Psicoanálisis y el Hospital.....		
5	3.2. ¿Una Suma de los Todos?: Psicoanálisis y Salud Mental.....	9
3.3. Intervención en la institución: praxis en los intersticios de ley.....	10	
3.4. Los escollos de la técnica.....	14	
4- Reflexiones finales.....		20
5- Referencias bibliográficas.....		22

1- Resumen

2

El presente ensayo propone interrogar cuál es el lugar de la praxis psicoanalítica en hospitales, particularmente aquellos que trabajan con infancias. A partir de esta temática, se

ubica la pregunta respecto al lugar de la técnica psicoanalítica en los marcos institucionales del hospital, intentado ver que puede resultar afectado en esta articulación. Con el fin de problematizar los campos de la escucha y de la mirada, se toman autores de la teoría psicoanalítica y el análisis institucional, con el objetivo de poder situar divergencias y puntos que faciliten puentes entre los campos que den lugar a prácticas posibles. Para esto se intenta ubicar, en las características del hospital del modelo *médico-social/ salud colectiva latinoamericano* y su articulación con las leyes 26061 y 26657, los márgenes en los cuales pueden pensarse las intervenciones tanto en el campo de la Salud Mental como del psicoanálisis. De este punto se desprende el interrogante acerca del lugar que toma la técnica psicoanalítica y sus posibles intervenciones. Es la pregunta por la técnica la que permite de los fundamentos de la práctica analítica y el deseo freudiano de los nuevos caminos posibles para esta. Es a partir de este punto que se puede, mediante la vinculación de la técnica con la ética, abrir la pregunta por el deseo del analista. Incluso las diferentes encerronas de cada campo habilitan a profundizar en los fundamentos y explorar las potencialidades de la democratización del psicoanálisis por la función social del hospital.

Palabras clave: praxis psicoanalítica - hospital - pediatría - técnica - deseo del analista 3

2- Introducción

2.1 De Una Praxis Posible al Deseo del Analista

El siguiente trabajo tiene como fin interrogar la relación entre la praxis psicoanalítica y la práctica hospitalaria. En este sentido, surge la pregunta acerca de

cómo pensar la técnica analítica por fuera del encuadre del consultorio, tal como la propone el hospital en sus diversos dispositivos ¿Resultan la guardia, la internación, la interconsulta, la visita en sala, entre otros, obstáculos al encuadre y la técnica? Esta problemática parte de la premisa de que, en instituciones hospitalarias, particularmente las pediátricas, las intervenciones posibles de los dispositivos interdisciplinarios son postuladas desde la lectura de la implicación como mediadora/posibilitadora de la transferencia con consecuencias en la lectura acerca del ideal de técnica psicoanalítica. Esta temática ha sido foco de interés de diversos trabajos y producciones, generando varias lecturas posibles a la problemática. Aun así, la misma no llega a agotarse completamente.

El ensayo propondrá en su desarrollo tensionar los conceptos que giran en torno a la intervención analítica en instituciones hospitalarias, focalizando, particularmente, en aquellas ligadas al trabajo con infancias. El trabajo no busca ampliar conceptos de la clínica con niños de manera específica, sino interrogar las intervenciones que se dan en dichas instituciones, las cuales tendrán su especificidad legal.

Por lo dicho, será necesario ubicar cómo se puede entender, en primer lugar, al hospital en general y su relación con el psicoanálisis, puntualizando aquellas modificaciones que llegan con la *Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones* (2010) en Argentina. A su vez, interesa interrogar la relación entre psicoanálisis y salud mental y las intervenciones viables en este marco. De esta manera, se arribará finalmente a la pregunta por la técnica y las posibles resistencias a la praxis psicoanalítica en el contexto hospitalario. Será, mediante este recorrido, que se busca llegar a la ética y el deseo del analista como parte ineludible de la praxis.

3- Desarrollo

3.1 Un Territorio en Disputa: Acerca de la Relación del Psicoanálisis y el Hospital

Este escrito surge de la intención de interrogar y conocer las prácticas en hospitales, en particular efectores pediátricos o generales en el abordaje de infancias. Esto, porque las características de la práctica pediátrica toman formas específicas dentro de un marco más amplio. Se comenzará, entonces, por caracterizar el marco general, para así llegar a situar aquellos puntos que corresponden al trabajo con infancias.

La escritura de un ensayo acerca de dos categorías como lo son el psicoanálisis y el hospital pareciera volver sobre aquella vieja discusión presentada por Freud en la conferencia *Psicoanálisis y psiquiatría* (1991a). Allí sitúa diferenciaciones entre el campo de la mirada, donde ubica la medicina, y el campo de la escucha, al que pertenece el psicoanálisis. Esta antigua antagonía conceptual es situada por Le Gaufey (2015) en *Una clínica sin mucho de realidad* a partir de su lectura de *El nacimiento de la clínica* de Foucault (2004) en la idea del hospital clínico. Mediante la idea del “signo peirceano”, plantea la problemática de posicionar al psicoanálisis en el campo de la clínica, ya que, en su nacimiento esta guarda una estrecha relación con el campo médico.

El signo, tal como lo presenta Le Gaufey, remite a la propuesta de Pierce quien lo define como aquello que representa algo para alguien. Agrega que el signo clínico se distingue porque ese *algo* pertenece a una dimensión de la realidad que es diferente a la del signo mismo. Es allí donde el autor encuentra la mayor complejidad en su planteo: el signo es de naturaleza opuesta a la *realidad*, y a su vez, en el signo clínico podemos diferenciar la realidad del signo y la realidad de aquello que refiere. Dirá Le Gaufey (2015) que son los signos enigmáticos los que hacen surgir la clínica. Los ubica como aquellos que no dan sus significaciones propias. Esta particularidad del signo clínico conforma, según el autor, la pareja clínico- alumno; en tanto el primero es quien porta el saber que le permite no ser engañado por el signo, y el segundo, es un portador de una ingenuidad sobre la naturaleza engañadora del signo. En consonancia con lo planteado, el hospital, es el territorio privilegiado por la medicina, difusor por excelencia de este paradigma clínico, propio del campo de la mirada: la semiología.

Le Gaufey (2015) plantea que el hospital clínico surge como una respuesta a la necesidad de un nuevo territorio en la lucha entre dos medicinas, una de la esencia de la enfermedad y otra de la apariencia de la enfermedad. Este terreno, que nada tiene de natural, da al hospital clínico una nueva concepción donde los signos de la enfermedad

5
son presentados en un ámbito homogéneo, brindando a la mirada clínica un más allá de la esencia de la enfermedad y sus múltiples apariencias, posibilitando la agrupación de casos típicos. Será este agrupamiento el que llevará al clínico a su nueva versión, cuyo trabajo consistirá en un desciframiento del mensaje que los signos le presentan.

La integración del psicoanálisis, en la lectura propuesta por Le Gaufey, proviene de una distinción entre dos clases de signo: uno conmemorativo y otro de indicación. El primero refiere a aquel cuya asociación a la cosa significada es obvio, generando que, en ausencia de esta, nos recuerde la asociación; por otro lado, aquel de indicación se referirá a una asociación poco clara en relación a la cosa significada. En el primero podemos ubicar al campo de la mirada, volviendo el segundo parte del campo de la escucha, donde hallamos la propuesta freudiana. Toma su lugar allí dado que los signos de la misma no habían sido vistos por nadie. Esta introducción de la problemática pareciera decir que la discusión se encuentra saldada: el hospital, leído en estos términos, es parte fundamental del campo de la mirada, resultando una aparente contradicción la inclusión del psicoanálisis en él.

Sin embargo, la práctica psicoanalítica encuentra allí su espacio, volviendo a generar interrogantes acerca de qué de ella tiene lugar y qué no lo tiene. Algunas lecturas sostienen que el psicoanálisis, en tanto praxis discursiva, ha debido mutilarse para ingresar al hospital, dando como resultado un proceso de medicalización del psicoanálisis. Otra posible lectura ubica al psicoanálisis en los márgenes o, incluso, en los límites de la medicina como una suerte de resistencia al avance del discurso médico en su propio territorio. Es menester señalar que el lenguaje utilizado para estas lecturas permite dar cuenta de la presente/histórica conflictividad entre la praxis psicoanalítica y la praxis médica. Pero entonces, el lugar que encuentra el psicoanálisis en el hospital ¿Fue cedido o buscado? En la conferencia *Psicoanálisis y Medicina*, Lacan (2002) es convocado a referirse al trabajo del psicoanalista en el ámbito hospitalario, afirmando lo siguiente:

Actualmente, este lugar es marginal y, como lo he escrito varias veces, extra-territorial. Es marginal por el hecho de la posición de la medicina respecto del psicoanálisis, al que admite como una especie de ayuda externa, comparable a la de los psicólogos y otros diferentes asistentes terapéuticos. Es extra-territorial por el hecho de los psicoanalistas, quienes, sin duda, tienen sus razones para querer conservar esta extra-territorialidad. (p. 8)

Desde la línea que se sostiene no se encuentran posibilidades que puedan dar lugar a esta práctica; sin embargo, esta existe. Se debe preguntar si el hospital del cual

6

Le Gaufey hablaba, el hospital clínico, es el mismo en el presente. Un camino posible para dar una respuesta al interrogante consiste en situar al hospital en su marco institucional, ya que de este modo se podrá esclarecer el funcionamiento de las prácticas

que lo habitan. Es la perspectiva institucional la que amplía el marco de acción dentro del hospital, como así también, delimita el rol social de la institución. Esto genera una expansión del hospital a múltiples áreas de conocimiento, dejando de ser un reservorio del saber médico. Wagner de Sousa Campos (1997) propone el concepto de clínica ampliada, como una praxis que contempla el contexto del sujeto, tanto como sus vínculos sociales y profesionales intervinientes. En relación a ello, Barembly (2005) propone leer la institución como un sistema lógico. Estas lógicas, formalizadas por medio de leyes, normativas o discursos, resultan en definiciones de la realidad social o comportamientos, y mediante la atribución de decisiones y valores, los clasifica y los divide. El hospital como institución requiere ser ubicado en un contexto y marco legal único, ya que estos factores demarcan el accionar institucional.

En Argentina, el sistema de salud es mixto, es decir, sus instituciones se dividen en tres sub-sectores regulados por el estado nacional: público, privado y seguridad social (Ballerini, Figueras, y Del Carlo, 2020). El sector público será aquel conformado para brindar asistencia a la población que lo requiera, estando conformado por la red de hospitales y centros de atención, ya sean nacionales, provinciales o municipales. La compleja red de salud y sus diferentes dependencias se encuentran explicitadas en la *Constitución Nacional* en el marco de la garantía del derecho a la salud. Sin embargo, esta garantía no se encuentra mencionada expresamente en el Capítulo 4 de la misma, donde se detallan los poderes delegados al gobierno nacional. Esto dejaría a los gobiernos provinciales a cargo del sostenimiento del derecho a la salud de la población, ya que todo aquello no mencionado como poder delegado al estado nacional deja a las provincias habilitadas para legislar al respecto. Por esto, la salud es un terreno en permanente disputa. De todas formas, la salud es un bien protegido constitucionalmente, lo que deja al Estado Nacional como garante último del cumplimiento de este derecho (Ballerini, Figueras, y Del Carlo, 2020).

En la línea de las leyes que la enmarcan se presenta, según Stolkiner (2010) un cambio paradigmático en las instituciones de la salud, quitando el enfoque tecnocrático para dar paso al enfoque de *Derechos Humanos* que prima en la atención. Esto viene aparejado con la postura del pensamiento *médico-social/ salud colectiva latinoamericano* el cual concibe la salud como proceso de salud- enfermedad- cuidado, proponiendo nuevos actores en la práctica de atención en todos los niveles, con la respectiva inclusión de la salud mental. Es en este marco en el cual las instituciones abocadas al tratamiento de la salud hallan su campo de trabajo tomado por legalidades que la vuelven agente

psicológicos cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la comprensión de los derechos humanos y sociales de toda persona” (2010, p. 9).

Con la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, aparece un nuevo desafío respecto al acceso a la salud pública, ya que dicha ley expresa que serán los hospitales generales los que deberán tomar a su cargo las internaciones por motivo de salud mental. En el trabajo realizado por Velzi y col. (2018) titulado *Salud Mental en Hospitales Generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina*, se realizó una serie de entrevistas a distintos profesionales de diferentes efectores de salud. Estos expresaron que dicho abordaje resultaba dificultoso tanto en el plano de las disposiciones edilicias como en la formación, la experiencia y la organización. Los profesionales sitúan que en cada hospital se organizó de manera diferente la disposición de recursos e infraestructura, ya que no se contaba con lineamientos claros para la aplicación.

Para los profesionales del área de Salud Mental, la promulgación de esta ley representa uno de los grandes pasos hacia la desmanicomialización. Esto implicó cambios en la implementación y concepción de políticas públicas en el tratamiento respecto a problemáticas de salud mental y consumo problemático. El lineamiento principal fue el pase del modelo de atención de estas problemáticas en hospitales monovalentes, hacia la asistencia en hospitales generales y Atención Primaria en Salud (en adelante APS). Esto hace que el hospital general sea el que, preferentemente, tome a su cargo las internaciones por estos motivos, en caso de encontrarse necesarias (Velzi y col. 2018). Pero, a su vez, esto inauguró roles y brindó posibilidades, tanto para los usuarios de salud mental en la garantía de derechos, como así para los profesionales que allí se desempeñan.

Esto nos permite delimitar el concepto de Salud Mental como una disciplina perteneciente al campo socio-político (Galende, 1990). Esta definición implica un posicionamiento que pretende superar los modos de pensamiento hegemónicos en relación a la salud y a la enfermedad. De esta manera se genera la posibilidad de disputar la pretensión médica clásica de objetividad, buscando problematizar las prácticas con el añadido de lo social, obligando a asumir una posición política de cuidado. Es desde esta lectura donde la Salud Mental como campo toma su lugar en la Salud. Pero el hacer en el campo de la salud mental no es un saber que se comporta de manera hegemónica, el cual, una vez nucleado, funciona como conjunto, permitiendo que

la inclusión del todo sea la inclusión de las partes, como propiedad distributiva. Entonces, ¿Incluir la Salud Mental en efectores implica, necesariamente, la inclusión del psicoanálisis? ¿Resultan homologables? ¿O forman parte una de la otra?

3.2. *¿Una Suma de los Todos?: Psicoanálisis y Salud Mental*

En la conferencia brindada en el 2° Congreso de Nuremberg, titulada *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica* (1910) Freud sitúa que el avance del psicoanálisis tendrá lugar en tres lugares: en primer lugar el progreso interno, tanto en términos teóricos como técnicos; en segundo lugar- el aumento del prestigio de la teoría, es decir, de reconocimiento en el campo del saber; y en tercer lugar el efecto universal del trabajo del analista, entendido como una extensión al campo social. Será Freud mismo quien sitúa que ante esto, la sociedad no puede menos que ofrecer resistencias (2010). Pero no es únicamente en la sociedad donde surgen las resistencias, sino también al interior mismo del Campo Freudiano. Estas pretensiones que marca Freud, generan una resistencia en la extensión misma del psicoanálisis, buscando neutralizarla en lo establecido (Galende, 1990).

De esta manera, se entiende que no puede resumirse el psicoanálisis al marco de los consultorios privados de manera exclusiva, como así tampoco al marco institucional (Barembliitt, 1991). Se trataría entonces de construirlo en los intersticios de la trama social. Por lo tanto, aquella disputa entre psicoanálisis y medicina situada anteriormente, desde las instituciones psicoanalíticas, promueve una rigidización sobre el consultorio, demarcando aquello que es y que no es psicoanálisis, violentando la producción psicoanalítica (Ulloa, 2011). En este sentido, en el prólogo a la primera edición de *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60 y 70* de Carpintero, Ulloa (2004) sitúa que:

La salud mental y el psicoanálisis (...) son oficios que pueden ser llamados estilos ya que atraviesan cualquier actividad del hombre, incluso cualquiera de ellos puede calificar, en cuanto a estilo el quehacer de cualquier psicoanalista, pero la verdadera razón para detenerme en ellos, es no sólo porque el estilo hace al hombre, y no contrariarlo forma parte de la salud mental del mismo como producción cultural, sino porque uno de esos estilos es el interés, no solamente de los psicoanalistas, por el saber acerca del inconsciente. Difícil entonces es no relacionar psicoanálisis y salud mental en la cultura humana. (p. 28)

En el marco actual, con *la Ley de Salud Mental y Adicciones* vigente, la apuesta por dispositivos interdisciplinarios ha corrido al discurso médico del centro, para dar paso

a una heterogeneización de saberes y prácticas al interior de la institución hospitalaria. Por tanto, el psicoanálisis no debe quedar excluido, ni ser ajeno a lo socialmente instituido. Será esta misma convivencia de discursos el foco para dar rienda a la capacidad transformadora del psicoanálisis. El sostenimiento de la práctica analítica implica no limitar la práctica ni el inconsciente a espacios bien delimitados. Su sostenimiento será posible en la medida en que se pueda privilegiar la causa freudiana preservando el método de manera estricta (Galende, 1990). Será entonces, cómo lo sitúan Kleiner y Weiner en tanto “el hospital, caracterizado por su permanencia y gratuidad hace posible el acercamiento del padecer psíquico a la práctica del psicoanálisis” (1996, p. 28).

En relación a esto, Galende (1990) intenta problematizar la relación entre psicoanálisis y salud mental, haciendo surgir la pregunta en relación a las instituciones de salud mental y la inclusión del psicoanálisis en ellas. El autor, retomando una conferencia de Ulloa del año 1988, dirá que, desde un modelo operativo, la institución puede definirse en los ejes de tiempo, espacio y roles con sus fronteras y articulaciones. El autor caracteriza a la institución como un espejo, ya que para quienes pertenecen refleja lo que les es propio o lo, idéntico a aquello que promueven. Para aquel que llega, se refleja lo extraño: por tanto, para que aquel psicoanalista perteneciente a la institución haga hablar al inconsciente, se debe romper ese espejo.

La alternativa que nos brinda la inclusión del paradigma institucional genera una apertura a la discusión acerca del psicoanálisis y el hospital. De todas formas, no logra cerrarla, como tampoco agotarla. El tomar el carácter institucional del hospital, permite incluir este pasaje del modelo médico hegemónico a la perspectiva latinoamericana. Así, podemos situar que la perspectiva institucional facilita pensar la ampliación del hospital y las prácticas que lo integran. Pero es necesario interrogar cómo las características institucionales afectan las intervenciones.

3.3. Intervención en la institución: praxis en los intersticios de ley

Tal como ha sido ubicado en la propuesta de *institución de Barembliitt*, las leyes que formalizan las lógicas institucionales, en este sentido se ha hecho mención a la Ley n° 26657 pero esta no es la única que enmarca la práctica hospitalaria. Ya que se observa que, en el tratamiento de infancias, sea en hospitales generales como en los

atravesadas por la *Ley de Protección Integral de niños, niñas y adolescentes* (Ley 26061, 2005). Con su promulgación surgen una serie de derechos destacados y atribuidos a las infancias, tales como el derecho a la alimentación, el derecho a la educación, el derecho a la salud y derecho a no ser explotados ni maltratados. Además se reconoce que todas las decisiones que se adopten en todos los ámbitos, ya sea por los organismos administrativos, legislativos o judiciales o de cualquier otra índole deben operar en función del “*interés superior del niño*” el cual es entendido en el artículo 3 de la Ley mencionada como “máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley” (2006, art. 3).

Será en este marco que los ámbitos de trabajo en el interior del hospital, requerirán de un equipo interdisciplinario, cuya función no será solo la garantía del derecho a la salud, sino que los vuelven garantes de Derechos Humanos. Los distintos lugares de atención al interior del hospital, como la guardia, la sala o la consulta ambulatoria, demandan que la intervención del equipo interdisciplinario tenga este norte. En este sentido la intervención institucional, tal como la plantea Schejter, es “entender y modificar el sentido que las personas le dan a sus prácticas, desde una aproximación clínica, simultáneamente subjetiva e interpersonal” (2014, p.1). La intervención institucional, entonces, se imprime en la propuesta de la clínica ampliada, mencionada anteriormente, la cual se caracteriza por la primacía de la horizontalización de las prácticas y articulación entre especialización e interdisciplinariedad (de Sousa Campos, 1997).

Siguiendo a Galende (1990), la ideología dominante (capitalista y consumista), genera, ya no formas explícitas de dominación, sino que opera en la sutileza, produciendo subjetividades desde las instituciones y las disciplinas. Esto produce una garantía doble del orden vigente: los objetos o los hechos sociales objetivos reflejan la ideología y también se reflejan en los sujetos. Serán las disciplinas sociales, donde se ubica la Salud Mental, las constituidas como metáforas de esta ideología, por el énfasis puesto en el consenso en lo verosímil. Allí, se requiere que las intervenciones sean de sentido opuesto construyéndose en la deconstrucción de los supuestos sobre los que operan, el análisis conceptual de las dimensiones subjetivas donde se asientan los hechos y la generación de intervenciones que devuelvan al individuo una relación con lo colectivo. Esto se opone a una intervención psicoanalítica, ya que es singularizante, busca restituir en el sujeto la relación con el colectivo.

Sin embargo, puede darse cuenta de que la articulación entre las leyes y las instituciones hospitalarias en pos de la garantía de derechos es un horizonte utópico. Cuando aparecen en escena las infancias que atraviesan problemáticas ligadas al

afectación en la articulación, se tomará como referencia una situación abordada por los medios de comunicación en el año 2023, en la cual se visualizaron una serie de casos presentados en la ciudad de Rosario. Se trató de varios casos de infancias que se encontraban, por diversos motivos, viviendo en los hospitales pediátricos de la ciudad. Uno de ellos en particular fue el más trabajado, se trataba de una niña de 11 años que residió en el hospital de niños *Victor J. Vilela* durante siete meses sin criterio alguno de internación. La niña fue ingresada por una “*crisis subjetiva*,” siendo considerada de alta cinco días después de su ingreso. A pesar de esto, al estar bajo una medida de protección excepcional, las instituciones que debían encontrar un *centro de vida* no actuaron en consecuencia, sosteniendo que no había hogares que pudieran recibirla por ser paciente de salud mental. Por hechos de violencia, la niña es apartada de su familia mediante el sistema de protección infantil a los dos años, dando por resultado una vida atravesada por instituciones de manera irregular, ya que había sido *devuelta* en varias ocasiones por los hogares que debían albergarla.

En los meses en los que se encontró viviendo en el hospital, un sin fin de derechos fueron vulnerados, tales como el derecho a la educación y a ser oída. En este punto se puede ubicar la función social del hospital, supliendo allí la falta de respuestas de otras instituciones. Se hace mención en uno de los artículos periodísticos, al hecho de que se ha solicitado por parte del equipo interdisciplinario en reiteradas ocasiones una respuesta a esta situación. Pero esta respuesta no debía consistir en arrancarla del hospital, sino que el cambio en su centro de vida debería ser paulatino, para que no pudiera producirse la lectura de otro rechazo, mediante intervenciones y evaluaciones que sean respetuosas de esa infancia (Tessa, 2023).

Teniendo en cuenta la situación, se pueden pensar tres tipos de intervención psicoanalítica: una que se vinculará al los tratamientos en instituciones de Salud Mental, otra que se centra en el análisis de la institución, y, finalmente, una relacionada con la prevención y la promoción en salud (Galende, 1990). En el caso mencionado encontramos dos intervenciones marcadas: la primera en relación con el tratamiento a partir de la cual se promueve el armado de la salida; otra en el accionar de las instituciones intervinientes en la situación. En ambos casos se presenta como parte de la praxis dentro del marco institucional.

La contracara de la práctica analítica en hospitales, tal como puede verse en la situación planteada, es la ampliación a la *clínica de las situaciones extremas*, en pos de la garantía de múltiples derechos de la función social del hospital. Este concepto trabajado por Calvi remite a “aquellas situaciones que, por el alto impacto traumático que conllevan, generan riesgo de arrasamiento psíquico” (2018, p. 2). Dentro de las que se

interior de la institución: no basta con pensar en técnica o la especialidad. En el trabajo de los profesionales, en la respuesta a la urgencia y la gravedad de las situaciones, se ve afectada la posibilidad de pensar estrategias compartidas en el marco del equipo interdisciplinario. Esto es abordado por De La Aldea. y Lewkowicz (1999) mediante el concepto de *subjetividad heroica*, donde los profesionales sitúan su trabajo en la búsqueda del ideal de la intervención.

El análisis institucional, siguiendo esta línea, propone el concepto de contratransferencia institucional, el cual remite a la corriente conservadora de toda institución de sus prácticas (Barembliitt, 1991). No basta con que se imponga mediante la ley un trabajo interdisciplinario, ya que en la urgencia de la intervención, aquel trabajo teñido de heroísmo, genera una vuelta al trabajo diseccionado de las prácticas individuales. Este concepto de contratransferencia institucional es modificado por Lapassade (1980) por el de implicación. Esta nueva perspectiva le da a la implicación un sentido que lo vincula con las pertenencias y referencias de aquellos que componen una formación. Entonces la misma puede ser entendida como la vinculación, consciente o no, entre el sujeto y la institución (Lourau, 2007).

Se puede pensar que es la implicación lo que genera prácticas posibles en los intersticios de la articulación de las leyes, las instituciones y el trabajo interdisciplinario. Stolkiner señala que las disciplinas existen por los sujetos que las portan, en tanto las reproducen, las transforman y son atravesados por éstas (1999). Esto significa que para poder sostener la participación en un equipo de estas características se deben llevar a cabo múltiples renunciaciones. La renuncia principal es a la idea de que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta de la totalidad de las problemáticas que se presentan. En salud mental, el equipo interdisciplinario no debe ser entendido como una supra rama del saber, sino que se constituye como espacio de diálogo posible, garantizado por la implicación y en pos de la garantía de derechos.

Será el lugar del analista aquel que deberá abrir interrogantes ante las demandas institucionales, pudiendo plantear intervenciones que actúen en el reconocimiento del sujeto en su relación con lo social. El analista en la institución sostendrá preguntas acerca del devenir del sujeto que demanda, ya sea una cura o un saber. En este marco, las intervenciones que surgen en los intersticios entre la demanda de la ley y la institución, ¿Qué relación guardan con la técnica?

Tal como se ha situado, la praxis psicoanalítica en el hospital se encuentra enmarcada por la demanda. Esta puede revestir el lugar del diagnóstico, pronóstico, cura o saber, tanto por parte de la institución, como así de los pacientes. En la conferencia de *Psicoanálisis y medicina* de 1966 Lacan (2002) plantea que la demanda será un resto del lugar privilegiado de la medicina en estas instituciones. Es al médico a quien se convoca para dar respuesta a la demanda del enfermo, y este coloca al médico en el lugar de quien puede sacarle su condición de enfermo o corroborar su enfermedad. La posición del analista respecto a la demanda de saber es diferente, en tanto a ambos se le demanda un saber, pero en psicoanálisis propone articular un más allá de la demanda, el deseo. Intenta así no responder al lugar de la demanda de saber o la urgencia hospitalaria, sino dar lugar a la aparición de la dimensión subjetiva, brindándole al paciente un horizonte ético. El responder a la demanda, en psicoanálisis, se vuelve un problema ético. En este sentido, sitúa Lacan en *La dirección de la cura y los principios de su poder* (2009):

La importancia de preservar el lugar del deseo en la dirección de la cura necesita que se oriente ese lugar con relación a los efectos de la demanda, únicos que se conciben actualmente en el principio del poder de la cura. (p.45)

Para abordar la cuestión del tratamiento analítico en un marco institucional, Galende (1990) argumenta que debe habilitarse la pregunta por la transferencia, ya que esta es la que define las formas y posibilidades de un análisis en su despliegue en la cura. Continúa diciendo que es necesario preguntarse qué es lo que agrega la institución a estos tratamientos. Señala asimismo, que existen condiciones del encuadre que no resultan esenciales en el marco institucional, tales como el pago del paciente al analista, la cantidad de sesiones, el lugar, el diván o los horarios, entre otros.

Sobre algunos de los puntos del encuadre, en el texto *Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica en psicoanálisis I)* de 1913, Freud ubica dos variables del tratamiento, sobre las cuales, actualmente, recaen algunas de las objeciones a la práctica psicoanalítica en hospitales públicos: el tiempo y el dinero. Respecto a la variable del dinero, Freud (1991b) plantea la problemática de la gratuidad del tratamiento, tanto para el analista como para el paciente. En el caso del analista, indica que no puede exigirsele renunciar a los honorarios, ya que, de este modo, será el analista quien resigna su forma de sustento o quita el tiempo para otros trabajos que se lo garantizan. Respecto al paciente, sostiene que las dificultades pueden verse de dos

formas: por un lado, el sentir penoso que puede resultar en la pérdida del interés por el tratamiento; por otro lado, la vinculación que se encuentra entre el dinero y la sexualidad.

Puede leerse en las objeciones respecto a la gratuidad del tratamiento el problema de la inserción del psicoanálisis en el ámbito público. Aún así Freud fue quien postuló en el texto *Nuevos caminos de la terapia analítica* de 1919 que el tratamiento gratuito es posible. Sitúa allí que algún día el Estado se hará cargo del tratamiento de la neurosis como lo ha hecho con la tuberculosis (1992).

En Argentina, el acceso a la salud es un derecho constitucional, por lo tanto se provee atención gratuita en todos los niveles de complejidad. Pero esta gratuidad sólo se refiere al intercambio de dinero entre los profesionales y los pacientes, ya que el mismo se sustenta por medio de la recaudación impositiva a la población. Esto garantiza que el pago a los profesionales de la salud se realice por medio del servicio público. Al mismo tiempo, y por medio de los niveles de atención, se buscará llegar a toda la población. Es de esta manera que podemos pensar una habilitación a estas objeciones, tanto así por el reconocimiento monetario del tiempo de trabajo del psicoanalista, como por la democratización del psicoanálisis, permitiendo a sectores excluidos por razones monetarias el acceso al tratamiento. De esta manera, como mencionan Kleiner y Weiner (1996) el hospital logra acercar el sufrimiento psíquico al psicoanálisis.

La cuestión del tiempo, por otro lado, representa un verdadero escollo. Será la temporalidad de la institución la que prime en este punto. La atención en urgencias y la internación representan lapsos cortos de tiempo; tal como está estipulado en la *Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones* (2010). Estas últimas deben ser lo más breves posible. Además, debe señalarse que no en todos los efectores de segundo o tercer nivel salud públicos se dispone de consultorios externos para la continuidad del tratamiento, ya que este se prevé para los dispositivos de APS. En contrapunto, Freud decía que “el psicoanálisis requiere siempre lapsos más prolongados” (1991b, p. 131). Se refiere explícitamente a una duración imposible de determinar al inicio del tratamiento. Aun así, esto se encuentra sujeto a la frecuencia con la que Freud atendía a sus pacientes, constando de varios encuentros semanales. En la actualidad de la praxis analítica, lo usual es un encuentro semanal, por lo que esto amplía el tiempo de duración del tratamiento de forma considerable.

En este sentido, Freud propone esta temporalidad en relación a la cura, ya que esta es imposible en tiempos acotados (1991b). Esta enunciación corre el riesgo de resultar problemática, abriendo nuevamente interrogantes ¿Qué entendemos por cura en psicoanálisis? La temporalidad propuesta, tanto como el dinero, el lugar en que se dispongan las sesiones, o, incluso, la figura del diván ¿Guardan en su interior a la técnica?

La pregunta por la técnica y el método psicoanalítico invita a repensar aquello asociado al marco concreto del encuadre, cuya relación no es natural. Incluso a la icónica figura del diván,, popularizada por Freud, es encontrada por el mismo como un elemento digno de mantener pero sin encontrarlo excluyente para el tratamiento (1991b). Es Galende (1990) quien propone una salida a este escollo ubicando la diferencia entre tratamiento e intervención psicoanalítica, situando las particularidades del tiempo del lado del tratamiento. En tanto la intervención analítica se presenta frecuentemente en las instituciones de Salud Mental, ya sea con pacientes que se presentan a pocas entrevistas o los encuentros con familiares e incluso el personal administrativo. Las mismas no revisten el carácter de respuesta a la demanda, sino que guardan relación a la palabra.

Dirá Lacan que “como la técnica del psicoanálisis se ejerce sobre la relación del sujeto con el significante, lo que ha conquistado de conocimiento no se sitúa sino ordenándose alrededor” (2014, p. 443). En el seminario I titulado *Los escritos técnicos de Freud*, ubica en el afán de separar el psicoanálisis de la *two body psychology*, demarca a la palabra como tercer elemento, como médium, con su carácter central, formulando la experiencia analítica en una relación de tres: analista- analizado- palabra (1981).

En *El psicoanálisis verdadero y el falso*, el seminarista propone del lado del psicoanálisis verdadero a aquel que tiene en su fundamento la relación del sujeto con la palabra, oponiéndose, al psicoanálisis falso en el lugar del desentendimiento de este médium, olvidando o desconociendo estos fundamentos (2012a). Sitúa allí que, es en la situación análítica, donde advierte que de no reconocerse la palabra en su lugar central en su fundamento, se lo buscará en otra parte. En este punto puede pensarse la dimensión del encuadre: cuando se desatiende que el lugar central es de la palabra, este médium se busca en el estilo, sea el diván, el consultorio privado, el dinero o, incluso, la dependencia del tiempo. Ubica Lacan que “no tenemos otro designio que el de advertir a los analistas sobre el deslizamiento que sufre su técnica, si se desconoce el verdadero lugar donde se producen sus efectos” (2009, p. 583).

Sin peyorativizar el lugar que tienen estos términos en el dispositivo analítico, se propone pensar que la ausencia de alguno de ellos no atenta a los fundamentos. esto no simplifica otros dispositivos. La temporalidad puede pensarse como una dificultad de la praxis en el ámbito hospitalario, lo cual no implica, así, su descarte. Pero esta no es la única dificultad en términos técnicos. Galende (1990) señala que es fundamental que toda institución reconozca algunos requerimientos básicos, tales como la frecuencia de las sesiones, la privacidad en la relación analítica, o la singularidad del caso por caso. También es oportuno que se considere el respeto al analista como quien dirige la cura más allá de los criterios administrativos. Esto permite ubicar que la institución agrega algo

en la transferencia, incluso no estando el analista exento de la propia identificación con la

16

institución. Dirá que esa transferencia “está configurada por la relación regresiva que el paciente mantiene con la institución médico-asistencial, y suele expresarse tanto bajo formas de sometimiento como de exigencias despóticas de cuidados y atenciones” (1990, p. 267). En este sentido, la práctica analítica no tiene por qué ser diferente en la práctica privada, la transferencia se hará presente en tanto esté un analista dispuesto a recibirla (Galende, 1990).

Desde este punto se sostiene que las preguntas formuladas en relación a la cura y la técnica no deben cerrarse en el *estilo* del analista, ya que de ese modo se estaría circunscribiendo el psicoanálisis a un elemento o formato particular. Las múltiples respuestas que pueden brindarse llevan a la pregunta con la que Lacan hace apertura del seminario sobre los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis: “¿Que lo funda como praxis?” (Lacan, 1986, p.14). En relación a ello, Miller (2006) sitúa que en la práctica analítica no se cuenta con patrones, se cuenta con principios. Freud (1992) remarca que existen principios que deben ser sostenidos con rigurosidad, ubicándolos como pilares básicos de la teoría psicoanalítica: la aceptación de la hipótesis del inconsciente, el reconocimiento de la sexualidad y el complejo de Edipo y la admisión de la teoría de la resistencia y la represión.

Si bien no se hace mención alguna a la técnica o método, puede verse que los mismos se desprenden de estos fundamentos, sosteniendo aquello marcado por Etchegoyen (2014): la teoría y la técnica se encuentran inexorablemente vinculadas. Este vínculo se sostiene en la regla fundamental de la asociación libre y su contrapartida, la atención parejamente flotante. A partir de esta técnica comienzan las elaboraciones alrededor de la sexualidad infantil, lo inconsciente y la transferencia, haciendo surgir como instrumento técnico a la interpretación. De este modo, la teoría de la resistencia se ampliará en dos direcciones: por un lado lo inconsciente junto con sus leyes (condensación y desplazamiento) y contenido (teoría de la libido); y por otro lado la transferencia, en tanto relación médico-paciente.

La regla técnica fundamental exhorta al paciente a ponerse en situación de un atento observador de sí mismo, obligando a una sinceridad total, sin excluir ocurrencia alguna en la comunicación, por más que sea desagradable, disparatada, nimia o desconectada. No es sin la atención parejamente flotante como contracara de la misma, que podremos hablar de la situación analítica (Freud, 1992). En este punto debe incluirse la neutralidad y la abstinencia como requerimiento de la praxis analítica (Freud, 1991b). Estos requerimientos no proponen la abstinencia soportada en la regla de las buenas costumbres de callar para que alguien hable, ni lo sitúa del lado moral de la deontología, sino que se propone abordarla en términos éticos, suspendiendo la reproducción de

enunciados de manera axiomática (Echaire Curutchet, 2020).

17

En relación a lo mencionado, Echaire Curutchet sitúa:

El gesto freudiano se orientó por otra cosa: una abstinencia del saber que había aprendido, que le habían enseñado en tanto saber consagrado y un invitar hablar que se inició con un dejar hablar. Es decir, con una apuesta que decantó a partir, a través y a pesar de un callarse la boca. Allí la ética enlazada a un deseo que lo empujó hacia la invención del Psicoanálisis. (Echaire Curutchet, 2020, p.7)

Preguntarse por la técnica implica preguntarse por su fundamental dimensión ética. Se vincula con la ética, no solo en el marco de aquello que debe garantizarse en el ámbito de la deontología, sino, tal como lo propone Miller, en tanto toda técnica en psicoanálisis corresponde a una ética (2006). El ejercicio de apartar la demanda para dar lugar al deseo es parte del acto analítico, entendido como aquella acción que produce el surgimiento del sujeto. Esto no puede constituirse sin mediar el deseo del analista, siendo este el que permite el surgimiento del deseo del paciente (2012b). El acto analítico es aquel que busca producir el encuentro con la verdad del sujeto, sujeto que se encuentra en posición de confrontar sus deseos y significantes. Siendo el acto analítico entendido como fin del análisis, no en tanto final sino como finalidad. Esto implica que la presencia del analista en la institución no reviste únicamente el lugar del paladín de la técnica, sino que la apertura no podrá más que ser en términos técnicos siempre y cuando sean términos éticos. Los detalles del encuadre no agotan los fundamentos, ni debieran volverse falsos dilemas que alejen al analista del campo popular. Dirá Lacan:

La clínica psicoanalítica debe consistir no sólo en interrogar el análisis, sino en interrogar a los analistas, a fin de que den cuenta de aquello que su práctica tiene de azarosa, que justifique a Freud haber existido. (1977, p. 24)

Ese deseo que ha empujado a la invención del psicoanálisis, es aquel que podemos situar como el *deseo del analista*. Categoría que ha sido abordada en múltiples ocasiones, pero siempre en una estrecha relación con la técnica. Esta se presenta como política de la dirección de la cura, una posición de no saber, de vacío, que dará lugar a la posición deseante del sujeto (Lacan, 2009). Dirá Lacan “ética que integre las conquistas freudianas sobre el deseo: para poner en su cúspide la cuestión del deseo del analista” (2009, p. 586). Se encuentra allí, nuevamente, su relación con la abstinencia y su ética. Es el deseo aquello fundamental en la praxis analítica.

Se puede formular así, sin agotar la problemática, que aquello que sostiene una praxis posible no se encuentra en un diván. Se encuentra en interrogar la praxis analítica, para que de cuenta de sus posibles. Volver a los fundamentos, para allí construir clínicas

que sostengan el lugar privilegiado de la palabra. De esta manera, volver al deseo del analista, como premisa, un norte para la búsqueda de que la clínica

18

hable, más allá de la letra escrita de Freud. Este más allá no presume una superación, sino que invita a correr lo enunciado del lugar de la verdad axiomática, para recuperar el gesto freudiano.

El escrito buscó encontrar algún punto en que se generen aperturas entre dos campos, que por sus particularidades se excluyen recíprocamente. Se partió de la pregunta por una praxis y sus posibilidades: ¿Qué lugar hallaba la praxis psicoanalítica y su técnica en la práctica hospitalaria? En particular, en aquellas instituciones que trabajan con infancias. Pero este interrogante no surge del pensar un psicoanálisis aplicado. Lo que se buscó es que el psicoanálisis pudiera dar razones de su práctica por fuera de la praxis enmarcada en consultorios privados. Para ello resultó necesario partir de la diferenciación entre el campo de la escucha y el campo de la mirada, por la cual se habilita el interrogante. La problematización de estos campos hizo al recorrido de este ensayo, pudiendo generar puentes entre ambos.

La tensión en los fundamentos de cada campo hizo que se tuvieron que buscar salidas a las encerronas que cada uno tiene en sus límites. Fue necesario poder ubicar, en primer lugar, que la institución hospitalaria toma actualmente otras características que permite variar su conformación y su función. El pasaje del modelo médico hegemónico al modelo de salud colectiva hizo que diversas disciplinas aparecieran en escena, intentando así responder a la función social del hospital, en el marco de la garantía de derechos, particularmente con las infancias. Entre las disciplinas en escena aparece el campo de la salud mental, cuya articulación legal e institucional nos deja de cara a las intervenciones posibles en los intersticios que deja dicha articulación. Problemáticas que aumentan su dificultad cuando se trata de infancias, invitando a repensar prácticas en todo momento.

Si se considera que el campo de la escucha, ante este escenario, puede por su perspectiva fuertemente crítica dar aire a los sofocos institucionales y legales, es porque su praxis es singularizante, proponiendo una resistencia a lo universalizante de la ley. De todas formas, no es suficiente decir que la salud mental por su propia existencia incluye a la praxis psicoanalítica sin peros. Ni así, que el psicoanálisis es incluíble sin consecuencias ni resistencias en cualquier movimiento. Para ello, fue necesario volver a Freud en la etapa de apertura de los Policlínicos, que hicieron a la pregunta por los nuevos caminos de la terapia analítica. Volver así a pensar cuales son los fundamentos de esta praxis, para que lo que la sostenga no sean detalles del encuadre. En los cambios que se pudieron exponer entre la escritura de los textos sobre la técnica y los de la época de los Policlínicos, aquello que se encuentra en ambos no es un diván, es un deseo freudiano del porvenir del psicoanálisis que no quede reducido a sus inicios, sino a sus fundamentos.

En el cruce entre este deseo y la institución queda la técnica, pero no su subversión a lo caprichos institucionales, sino su sostenimiento en la inexorable vinculación con la ética. No se trata del silenciamiento de la institución ni la resignación de los fundamentos, sino de abrir preguntas.

Quedando mucho por escribir, se busca un posible cierre. Abrir interrogantes por la praxis y la ética psicoanalítica es una tarea incesante y necesaria. La pregunta por el deseo del analista y su versión en la transferencia institucional queda sin responder en los límites del trabajo, pero únicamente por cuestiones de espacio., ya que la noción del *deseo del analista*, no siendo un deseo de un objeto, sino un norte ético, no puede situarse más que en sus versiones. El deseo del analista no es un diván. Sus múltiples versiones a pensar podrían partir de una: el deseo de él analista (Freud) es que haya psicoanálisis. En hospitales y sin divanes también.

5- Referencias bibliográficas

- Ballerini, A, Figueras, L. y Del Carlo, C. (2020). *¿Es la salud un derecho? Políticas públicas en tiempos de neoliberalismo*. Revista de Psicología, 19(1), 32-47. doi: 10.24215/2422572Xe048
- Baremlitt, G. (1991). *La concepción institucional de la transferencia*. En Volnovich, J. *El Espacio institucional*. Lugar Editorial.
- Baremlitt, G. (2005). *Compendio de Análisis Institucional*. Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Calvi, B. (2018). *El impacto subjetivo de las situaciones extremas*. Revista Crítica, III, IV: 17-23. Recuperado de:

<https://criticapsicologia.unr.edu.ar/wp-content/uploads/2018/08/El-impacto-subjetivo-en-situaciones-extremas-Dra-Bettina-Calvi.pdf>

Carpintero, E. (2004). *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los 60' y 70'*. Tomo I: Prólogo de Fernando Ulloa. Topia. De La Aldea,

E. y Lewkowicz, I. (1999). *La subjetividad heroica. Un obstáculo en las Prácticas comunitarias*. Recuperado de

<https://www.xpsicopedagogia.com.ar/la-subjetividad-heroica-un-obstaculo-en-las-practicas-comunitarias-de-la-salud.html>

De Sousa Campos, G. (1997). *La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada*. Recuperado de:

https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf

Echuire Curutchet, R. (2020). *Abstinencia o ética: práctica, clínica, teoría*. Intervención en I Jornada Virtual de Ética, Investigación y Práctica - Fac. de Psicología y Psicopedagogía USAL.

Etchegoyen, H. (2014). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu.

Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI ed.

Freud, S. (1991a). *16° conferencia: Psicoanálisis y psiquiatría*. En sus *Obras completas. Tomo XVI*. Amorrortu.

Freud, S. (1991b). *Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, 1)*. En sus *Obras completas. Tomo XII*. Amorrortu. Freud, S. (1992).

Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En sus *Obras completas. Tomo XVII*. Amorrortu.

Freud, S. (1992). *Dos artículos de enciclopedia: <Psicoanálisis> y <Teoría de la libido>*.

2

2

En sus *Obras completas. Tomo XVIII*. Amorrortu.

Freud, S. (2010). *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*. En sus *Obras completas. Tomo XI*. Amorrortu.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Paidós. Buenos Aires. Kleiner, I. y

Weiner, C. (1996). *El hospital ¿motor u obstáculo?* en Pujó, M. (Ed.) *Revista*

Psicoanálisis y el hospital: Presencia en la institución (Vol. 8, pp. 26-29) Lacan, J.

(1977). *Apertura de la Sección Clínica*. Inédito. Versión bilingüe disponible en enlace de acceso:

https://ecole-lacaniane.net/wp-content/uploads/2016/04/ouverture_de_la_section_clinique.pdf

Lacan, J. (1981). *El seminario I: Los escritos técnicos de Freud*. Paidós. Lacan, J.

(1986). *El seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.

Lacan, J. (2002). *Psicoanálisis y medicina*. En *Intervenciones y textos I*. Manantial.

Lacan, J. (2009). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En *Escritos II*. Siglo XXI ed.

Lacan, J. (2012a). *El psicoanálisis verdadero, y el falso*. En *Otros escritos*.

Paidós. Lacan, J. (2012b). *El acto analítico*. En *Otros escritos*. Paidós.

Lacan, J. (2014). *Situación del Psicoanálisis en 1956*. En *Escritos I (segunda parte)*. Siglo XXI ed.

Lapassade, G. (1980). *Socioanálisis y potencial humano*. Gedisa.

Le gaufey, G. (2015). *Una clínica sin mucho de realidad*. Recuperado de:

<https://clinicaypsicoanalisis1.webnode.es/news/una-clinica-sin-mucho-de-realidad-guy-le-gaufey/>

Lourau, R. (2007). *El análisis institucional*. Amorrortu ediciones.

Ley Nacional nº 26061 (2005) de *Protección Integral de niños, niñas y adolescentes*. Recuperado de:

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778>

Ley Nacional nº 26657 (2010) de *Salud Mental y Adicciones*. Recuperado de:

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>

Miller, J. A. (2006). *Introducción al método psicoanalítico*. Paidós.

Schejter, V. (2014). *La intervención psicológica desde la perspectiva institucional: dimensiones de análisis, objetivos y metodología*. UBA.

Stolkiner, A. (1999). *La interdisciplina*. EL CAMPO PSI. Recuperado

de: <https://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>

Stolkiner, A. (2010). *Derechos Humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble*

faz de una idea potente. Revista Medicina Social vol.5. Recuperado en:
<https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/410/805> Tessa, S.
(27 de agosto de 2023). *Internada sin necesidad ni horizonte*. *Página 12*.
<https://www.pagina12.com.ar/582413-internada-sin-necesidad-ni-horizonte?ampOptimize=1>

