

# DESCRIPCIÓN DE UNA EXPERIENCIA DE INVESTIGACIÓN EN PSICOANÁLISIS CON LA PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA

## DESCRIPTION OF A RESEARCH EXPERIENCE WITHIN PSYCHOANALYSIS TOGETHER WITH THE SCHIZOPHRENIC PSYCHOSIS

Recibido: 29 de marzo de 2010/Aceptado: 19 de abril de 2010

ANGÉLICA MARÍA GONZÁLEZ JIMÉNEZ\*, JAIRO BÁEZ\*\*

Fundación Universitaria Los Libertadores - Colombia

### Key words:

Practical experience, Research, Intervention, Psychoanalysis, Psychosis.

### Palabras clave:

Experiencia práctica, Investigación, Intervención, Psicoanálisis, Psicosis.

### Abstract

As emergent product of the replication of the research project entitled "Results from the intervention of psychoanalysis in the problem of psychosis and social inclusion" Baez (2009) presented this document which outlines an intervention and research experience in psychoanalysis within a Program Mental Health in Bogotá, with reference to the subject specifically the so-called schizophrenic psychotic, who since his speech unveiling a way to bond socially. This will rescue elements of meeting the psychotic subject, is based analytical device use as well as questions about the research method and present some thoughts of schizophrenic psychosis in connection with demonstrations dreamlike addressed as these offer a possibility of intervention from psychoanalysis to the problem of psychosis.

### Resumen

Como producto emergente de la réplica del proyecto de investigación titulado "Resultados de la intervención desde el psicoanálisis en el problema de la psicosis y la inclusión social" (Báez *et al.*, 2009), se presenta este documento, en el que se expone una experiencia de intervención e investigación psicoanalítica en el marco del Programa de Salud Mental en Bogotá, que toma como referente la manera como el sujeto esquizofrénico hace lazo en lo social desde su discurso. Para ello, se rescatan elementos del encuentro con el sujeto psicótico, se sustenta el uso del dispositivo analítico, así como cuestiones sobre el método de investigación, y se presentan algunas consideraciones de la psicosis esquizofrénica en su relación con las manifestaciones oníricas.

\*Estudiante de Psicología, décimo semestre, miembro del Semillero de Investigación Psicoanálisis y Sociedad, pasante del Proyecto Investigación *Resultados de la intervención desde el psicoanálisis en el problema de la psicosis y la inclusión social*. Fundación Universitaria Los Libertadores, Colombia. Email: psicoanalisis.semillero@gmail.com

\*\* Líder del grupo de investigación *Psicosis y Psicoanálisis*, director del proyecto de investigación. Facultad de Psicología, Fundación Universitaria Los Libertadores, Colombia. Email: jairbaez@gmail.com

*La primera virtud del conocimiento es la capacidad de enfrentarse a lo que no es evidente.*

**Jacques Lacan**

## INTRODUCCIÓN

En tanto problema sujeto a las vicisitudes institucionales, la psicosis es abordada e intervenida en términos de normatividad. Hablar de salud mental es, de por sí, sustentarse en ideales sociales, que dan cuenta de un deseo difícil de articular para las posibilidades del psicótico y que, desde luego, intentan invalidar o acallar su síntoma. Llevar a cabo una investigación en la que el objetivo principal consiste en valorar la intervención desde el dispositivo analítico en la repercusión que tendría en el restablecimiento y establecimiento del lazo social del psicótico con el Otro, entendido ese Otro como la relación que el sujeto establece consigo mismo, la familia y una sociedad en general (Báez, 2009), implica concebir al psicótico como diferente, pero de todos modos esta situación no deja de ser una oportunidad para reconocer elementos discursivos que permiten un acercamiento a la comprensión y el entendimiento de la psicosis.

En nuestro caso, los resultados presentan una experiencia con el psicótico inmerso en un proceso de recuperación e inclusión social en un programa de atención en salud mental en Bogotá, basado en el modelo de la ocupación humana. Se parte de los elementos discursivos del sujeto psicótico en sus posibilidades de restablecer o establecer el lazo social, sin pretensión de someterlo a comparación y donde la neurosis se ubique como el ideal. Para ello se describen aspectos de algunos casos de psicosis esquizofrénica abordados desde el psicoanálisis

con el uso del dispositivo analítico, contemplando las implicaciones institucionales, sociales, familiares y, desde luego, subjetivas, que pueden extraerse de la intervención en el problema de la psicosis y la inclusión social.

### La investigación

Para hablar de investigación desde el psicoanálisis en sujetos psicóticos, es preciso ubicar los elementos teóricos que este método utiliza y las condiciones de los mismos en su consecución. El psicoanálisis, asumido como una terapéutica pero a su vez como método de investigación, Ramírez (2004), indica que el lugar del discurso no varía; pues, como menciona Báez (2008), “la palabra sigue siendo el camino para la comprensión de la psicosis y la posibilidad de movilización subjetiva, siendo necesario detallar lo propio del discurso psicótico en el andamiaje simbólico” y entendiéndolo como discurso todo aquello que puede llegar a traspasar la palabra como tal, pero que se estructura como un lenguaje en tanto que significa y tiene un sentido (Lacan, 1971).

En estas condiciones, el dispositivo analítico se constituye en el puente entre el investigador-terapeuta y el discurso del psicótico; aunque, en principio, su uso correspondería únicamente al sujeto con una formación analítica y lo que ello implica, el paso por el análisis. En el psicoanálisis aplicado, dice Báez *et al.* (2009), existe una posibilidad que lo asume como parte de los instrumentos válidos para intervenir en la psicosis, sin dejar de lado las limitaciones que puedan presentarse.

Estas limitaciones giran en torno al deseo del investigador y al manejo de la transferencia; pero, al mis-

mo tiempo, logran sobrellevarse si el terapeuta se ubica en su proceder como un significante para el psicótico, intentando que su deseo sea precisamente no desear lo imposible, la neurotización. De igual manera, la apropiación de los conceptos, tales como el encuadre, la transferencia y la interpretación a la luz de la teoría psicoanalítica, le permitirán al investigador movilizarse en su labor con mayor seguridad, minimizando las posibilidades de que aparezcan elementos subjetivos que irrumpen o coarten el trabajo de investigación.

La labor de investigación se inicia con entrevistas preliminares que no son asumidas en el sentido estricto del psicoanálisis, puesto que con los sujetos de estudio no se realiza un análisis propiamente dicho. Sin embargo, el término se emplea para designar el tiempo en el cual se establece un diálogo con cada uno de los sujetos, en el que se precisan elementos estructurales y, en los casos posibles, se realiza un encuadre. Sin embargo, dadas las condiciones estructurales, este se realiza en función del investigador con la intención de que se ubique con relación a su deseo y, desde luego, al sujeto de estudio.

De igual manera, en las entrevistas preliminares, se espera que el sujeto entre en una relación transferencial con el terapeuta o investigador. Y fue precisamente a partir de las entrevistas preliminares que se definieron los sujetos para argumentar este estudio, los cuales cumplían la condición de que su constitución estructural se definiera como psicosis esquizofrénica.

### **Psicosis esquizofrénica**

El abordaje de la esquizofrenia hace evidente la ambivalencia entre la complejidad y la simplicidad. Tan

escasos y tan primitivos suelen ser los significantes que el camino para encontrar el sentido del discurso se complejiza. Esta forma de la psicosis es considerada como la más primitiva, en tanto su red discursiva es escasa, pues el sujeto esquizofrénico, como lo manifiesta Lacan (1955), habla desde sus pulsiones, lo que significa que su goce está en el cuerpo y es producto de la forclusión, tomada como “señalamiento a esa parte esencial y primaria al sujeto, que nunca entra en la dimensión de simbolización” (Báez, 2008, p. 10). Lo anterior indica que, estructuralmente, el esquizofrénico está imposibilitado para responder a los llamados del orden simbólico y lo único con que cuenta es lo real, de modo que su goce se halla en esta instancia. Como consecuencia, su lenguaje, propone Báez (2008), se materializa en el cuerpo, dejando como resultado enjambres de significantes que la institución intenta invalidar por el desconocimiento del sentido que tienen los mismos en el sujeto. Pero, por precarios que sean, estos significantes dan cuenta de una manera diferente de posicionarse con relación al Otro, en tanto el esquizofrénico constituye un sujeto.

En la institución, entonces, el trabajo dirigido al sujeto con esta forma de psicosis parte de la desesperanza: no se plantea un pronóstico que contemple la posibilidad de mejora o inclusión en la vida social. El esquizofrénico hace las veces de objeto, contrario a lo que sucede con el paranoico o el maniaco depresivo, él es borrado de manera tal que, incluso, se le adjudican problemas que no le atañen. A continuación se describe brevemente el caso de John, un paciente en el que se evidencia lo mencionado anteriormente.

Con una edad de 28 años, John fue vinculado al

programa seis meses antes. El paciente no aporta ningún tipo de información. Su nombre y su edad se precisan por estudio dactilar. Permanece la mayor parte del tiempo en estado catatónico y en ocasiones deambula lentamente por las instalaciones de la institución. No establece contacto visual con otros sujetos y cuando se le habla no presenta ninguna reacción. Estas circunstancias conducen al personal a suponer que el paciente es sordomudo o que tiene afecciones de este tipo y, a su vez, esta consideración lleva a que se realicen comentarios o burlas dirigidos a él sin el mayor reparo, al asumir que no entiende ni escucha lo que se dice. Aunado a ello, no se le prestan los cuidados necesarios y se le pone ropa de mujer en tallas menores que logran lastimar su cuerpo.

Iniciar la intervención con John implicó despojarse del imaginario que indicaba la no escucha o falta de entendimiento, en tanto el lugar del deseo es el mismo: no desear más allá de la posibilidad de constituirse como un significante para el sujeto, ya que, como diría Lacan (1956), “significante en cuanto tal, no significa nada” (p. 261). El que el paciente hable o no, no se considera una limitante; en defecto de un lenguaje que no se articula en la palabra, se cuenta con un discurso estructurado como un lenguaje que trasciende la palabra misma.

John habla claramente a partir de su cuerpo: su marcha lenta y sus estados catatónicos son el inicio del trabajo clínico. Cada elemento aportado en su discurso es organizado por el investigador en forma de preguntas simples que, posteriormente, se complejizan de acuerdo con los elementos que emergen. De esta manera, la primera sesión se desarrolla a partir del siguiente enunciado: “¡lo he visto caminar!, ¿quiere caminar?”. John

responde que “sí”. De modo que esta primera manifestación verbal ratifica la importancia de abordar al sujeto obviando lo aparente. Durante las caminatas, John arroja paulatinamente significantes sueltos: “voy hacia el carro”, “el carro blanco”, “pequeño”, “la medición no sirve”. Con relación a las preguntas que se le realizan, el paciente cuenta con cuatro significantes, “no”, “sí”, “claro” y “obvio”, que son modulados por él de acuerdo con el contenido de los mismos.

La transferencia establecida se considera parcial, puesto que no responde a un orden simbólico. La significación, por tanto, es dada por el investigador para describir cómo el sujeto se aliena desde lo real al otro en tanto significante. John “sigue” literalmente al investigador, es decir, camina detrás o al lado; cualquiera que sea el lugar donde esté, John se sitúa cerca, manteniendo su silencio. Si el espacio es de difícil acceso para él (un consultorio u oficina a puerta cerrada) deambula alrededor del lugar. Luego de permitir al sujeto esta alienación como necesaria para labor clínica, en tanto sustituye la transferencia indispensable para todo proceso terapéutico, se emite un cuestionamiento: ¿Qué necesita?, ¿quiere decir algo? Atravesar por la palabra esta manera de actuar, llevará al sujeto a responder del mismo modo. John, por ejemplo, ha dicho antes: “sí, caminemos”. Ante las nuevas preguntas, responde de una forma similar, de modo que finalizan las caminatas y se le ofrece un espacio donde es escuchado (un consultorio).

John dice: “hablemos”, aunque en el consultorio permanezca en silencio. Se retoma, entonces, la dialéctica del cuestionamiento y de ello, se extraen los siguientes elementos, todos enunciados por él: John refiere ha-

ber estudiado en el colegio Clemencia de Caicedo, que según reporta, queda ubicado en el barrio Restrepo de la ciudad de Bogotá; luego de terminar su bachillerato estudió Administración de Empresas hasta sexto semestre (no logra precisar el lugar); menciona también que este es el segundo o tercer hospital donde ha estado. Está en el hospital porque “me da el patatús, el cuerpo no responde, no entiendo qué pasa”. “¿Le gustaría entender?”, preguntamos, y su respuesta es: “sí”.

Después de los primeros meses de trabajo, John habla, mantiene contacto visual y únicamente responde a las demandas del terapeuta. Como parte de la separación, se solicita al personal de la institución que se dirijan a él directamente, que le hablen, que le consulten aquello que le concierne. Pese a la sorpresa, a John le es dado un lugar de sujeto, se le habla, se le pregunta. Esto lo jalona, lo invita a dirigir su discurso al otro, aunque sea de manera parcial. Aún hoy se encuentran sujetos que preguntan: “¿él habla?”. También, aparecen pacientes que denuncian la negligencia institucional. Uno de ellos decía: “yo sabía que él era bien entendido, así no hablara”.

### **Lazo social e inclusión social**

Aunque a simple vista hablar de lazo social e inclusión social pueden tomarse como conceptos homólogos en el trabajo con el psicótico, puesto que el fin último es poner límite a las pulsiones, esto es, regular o contener el goce en lo social, la práctica da cuenta de diferencias abismales entre estas concepciones, que radican, básicamente, en el lugar ocupado por el deseo. La inclusión social muestra un deseo normativo, dirigido a la neurotización y sustentado en la ley del padre. Pro-

pende por la igualdad social, por un ideal de bienestar, que desde lo imaginario no sería más que una ilusión de verdad ante el acontecer del sujeto, en quien impera el deseo de un otro que se ubica en el lugar del saber y donde se deja de lado lo que al sujeto psicótico respecta, su síntoma, dado que es con lo único que cuenta, con su estructura, el inconsciente y las posibilidades de relación que este ofrezca.

El síntoma, tal como lo plantea Freud (1966), posee un sentido que se encuentra estrechamente enlazado con la vida psíquica del sujeto, lo cual nos ubica en la imposibilidad de nombrar un síntoma ajeno al sujeto mismo. Cualquiera sea la expresión social con que se denomine la manera de relación del sujeto, definirá parcial o totalmente al ser, quien siempre es nombrado abruptamente. Abordar el síntoma o malestar implica el reconocimiento de la estructura, lo inconsciente y, desde luego, la manera en que goza el sujeto. En ese orden de ideas, hablar de sujeto se equipara a hablar del malestar o viceversa, en tanto que, desde la estructura y el goce mismo, caben tanto las posibilidades de hacer vínculo y lazo en lo social, como no hacerlo.

De ahí que el lazo social se plantea en contraposición a la inclusión social. El primero pretende rescatar el saber hacer del sujeto, es decir, que su vínculo social parta de los elementos estructurales con los que cuenta. Además, a diferencia de la inclusión social, el lazo social no persigue ideales de igualdad; por el contrario, se suscita en la ética de la diferencia y en la responsabilidad del goce.

Estas diferencias entre la inclusión y el establecimiento o restablecimiento del lazo social son claramen-

te ilustradas en los siguientes casos. En el programa en cuestión, se lleva a cabo una propuesta de trabajo denominada “Periódico mural”. José, de 28 años, es miembro del equipo de trabajo. Él se encuentra vinculado al programa desde hace 15 meses y su goce consiste en permanecer la mayor parte del día sin realizar actividades más allá de las necesarias para la supervivencia (comer e ir al baño). El sujeto argumenta que se cansa si camina; si participa de actividades terapéuticas; incluso, si permanece de pie. Por ende, se le encontraba constantemente en su habitación, acostado o sentado, viendo televisión. En aras de la inclusión social, José es introducido en el proyecto de cocina, allí debía realizar funciones como limpiar mesas, barrer, lavar loza, entre otras. Este trabajo (remunerado) comprendía ocho horas laborales únicamente los domingos. Al cabo de cuatro domingos de trabajo, se observa que José no lleva a cabo las funciones que le corresponden, que en las horas laborales se “dispersa”. De igual manera, José manifiesta descontento e imposibilidad de cumplir su trabajo a consecuencia de su cansancio. Durante las sesiones de intervención, él expresa su deseo de no pertenecer a dicho proyecto. En aras de contener el goce, se le interroga por su quehacer si se desvincula de dicho trabajo. Al generar angustia en José, este señalamiento le permite proponer actividades en las cuales le gustaría desempeñarse; articula los conocimientos que tiene en manejo del Internet (curso que realiza en la comunidad), con la posibilidad de enseñar a sus compañeros. Finalmente, manifiesta su deseo de hacer parte del periódico mural, buscando y redactando noticias de salud. Para ello, acude dos días a la semana al portal interactivo en busca de las noticias de su sección; posteriormente, las transcribe en su libreta y asiste a las reuniones de socialización con los demás integrantes del equipo de trabajo (no ha faltado a las reuniones desde

que se vinculó al periódico). Conforme avanza su labor, José reconoce su capacidad de improvisación y se ofrece para la realización de entrevistas a compañeros, actividad en la cual se desempeña con evidente interés.

En otro caso, Guillermo, un paciente que, según refiere, ha pasado casi toda su vida en hospitales de salud mental, permanece diariamente en la portería de la institución leyendo la Biblia y anunciando con un pito cuando hay que abrir la puerta. Es reconocido no solo por su trayectoria en los hospitales sino porque gusta de la lectura y el ajedrez. Como parte de su discurso, Guillermo menciona que el pito que utiliza es para respirar; si no lo usa, no le llega aire a los pulmones. Por su parte, explica la lectura de la Biblia aduciendo que él es un santo y, como tal, debe estar en comunicación con Dios. Con relación al ajedrez, reporta que solo puede jugar una vez al día porque se le cansa la mente. Las sesiones se desarrollan, entonces, durante el tiempo de la partida de ajedrez, todas las partidas jugadas son ganadas por él. En una ocasión, luego de una jugada inapropiada del terapeuta, Guillermo dijo: “si quiere, puede devolver la ficha y cambiar la jugada”. Cuando se le pone de manifiesto que eso no es permitido en las reglas del ajedrez, él responde que no importa. Aquí la transferencia del paciente conducirá a una significación diferente, pero sobre todo, se puede colegir cómo, a partir de esta, se permite una posición alterna frente al juego.

Después de varios días en los que se juega solo una partida, puesto que el paciente no se permite otra por el cansancio de su mente, se realiza una sesión en la que se juegan tres por demanda del propio Guillermo. La cuarta no se lleva a cabo pese a la insistencia de este y se cierra la sesión con un cuestionamiento acerca de su cansancio mental. En varias ocasiones, Guillermo insis-

te en jugar sin responder al cuestionamiento. No acceder a la demanda, en articulación con los señalamientos relacionados con el cansancio mental, hacen que reconozca su deseo, que, finalmente, articulará en la medida de sus posibilidades. En este caso específico, lo anterior significa, de otra manera, su relación entre el juego y su cuerpo. De esta forma, cuando se le interroga por el cansancio mental, dice: “Es que me gusta jugar ajedrez porque me permite relajar la mente, aunque a veces me canso porque, por la posición, se me cansa la espalda”.

El ajedrez es para Guillermo su posibilidad de hacer lazo social, de simbolización, de inscribirse en un orden. Juega las partidas con cualquier otro, incluso va a participar de un campeonato de ajedrez que se realiza con la comunidad; aclara que, únicamente jugaría en la localidad en la que habita, pues en otras localidades de pronto pierde y esto no le gusta.

Otro aspecto importante de este caso es la relación que establece Guillermo con su enfermedad. En una de las sesiones, mencionó: “yo estoy aquí porque soy retrasado mental desde chiquito”; cuando se le preguntó de dónde surgía esa afirmación, refirió: “eso decían en el colegio”. Cuando avanza la sesión aclara: “lo que sucede es que yo tengo una enfermedad mental; yo estaba en la cárcel y menos mal el padre (...) comprobó que yo era enfermo mental y me llevaron a un hospital”. A continuación, se interroga al paciente sobre el beneficio que obtiene de ser enfermo mental y sobre el tiempo que piensa durar en la institución, a lo que responde: “hasta que me muera; no me gusta salir; no quiero salir porque aquí tengo todo lo que necesito, aunque la comida era mejor en la cárcel pero no importa. Es que yo estuve en un grupo de *narcómanos* anónimos; yo me enfermé por

fumar marihuana; me aplicaba hipoclorito de sodio en los ojos y mercurio, porque yo tengo poderes, porque soy un santo”. Después de decir esto, Guillermo abandonó la sesión.

Como puede evidenciarse, Guillermo obtiene un conocimiento de su problemática mediante el juego del ajedrez y, con su colaboración en portería, media con la sociedad, hace lazo en lo social y se responsabiliza de su goce.

### **El sueño, una posibilidad de intervención**

Los sueños, al igual que el síntoma, poseen un sentido directamente enlazado con la vida psíquica del sujeto que, desde luego, es desconocido para él mismo dada su constitución inconsciente. El sueño es un sustituto de algo ignorado por el sujeto (Freud, 1966). Estas formaciones del inconsciente dan cuenta de una manera de realización de deseos, función fácilmente apreciable en la estructura neurótica, dado que el trabajo de la interpretación de los sueños realizado por Freud está dirigido enteramente a la comprensión de estos en la neurosis.

En la psicosis, sin embargo, el trabajo con el sueño ha sido dejado de lado. Este campo, aparentemente, le corresponde al sujeto del Edipo, al temeroso de la castración o al que se ubica como castrado. En pocas palabras, el sueño se considera dominio de aquel que reprime; por ende, a la manifestación onírica en la psicosis se la despoja de importancia al debatirse entre dos extremos: aquellas concepciones en las que no se asume diferencia entre el sueño del psicótico y el del neurótico, (Bleuler, 1993, p. 452), y las planteadas por Freud (1900), que

establecen relaciones entre la enfermedad mental y las manifestaciones oníricas, sustentando el parentesco entre estas a partir de los pensamientos de Kant, Krauss y Schopenhauer, quienes afirman que la locura es como un sueño en estado de vigilia y viceversa. En ese orden de ideas, el estado del sueño se presenta como la continuación, ya sea del delirio, en el caso de la paranoia, o del discurso en términos generales. No obstante ello, el encuentro con el esquizofrénico y sus manifestaciones oníricas permite hallar una forma de intervención en la psicosis, aunque, eso sí, no equiparable al método de interpretación de los sueños llevado a cabo en la neurosis. Aquí, el camino no consistiría en hallar el contenido onírico a partir de la asociación libre; más bien, como lo menciona Báez (2008), en la psicosis es preciso ir a la búsqueda del discurso y, parodiándolo, se diría: es preciso ir a la búsqueda de los sueños en la psicosis.

Abordar al psicótico a través de sus sueños es descubrir significantes que, aunque no varían en su precariedad, dadas las condiciones de la estructura, dan cuenta de una experiencia diferente de la vivenciada por el sujeto durante su estado de vigilia. Esta diferencia pone de manifiesto una posibilidad de ampliación en la red discursiva del esquizofrénico y devela un deseo que, aunque primitivo, es importante como emergencia subjetiva en la apelación al recurso de nombrarse, como también permite que el sujeto experimente un cuerpo unificado, el cual, incluso, puede trascender a ser imaginado como producto de la evocación del sueño. De modo que, atravesada por la palabra, esta evocación devendrá la angustia del psicótico al reconocerse en su deseo, “pues desear es tener que constituirse como sujeto, y para él el único lugar donde puede hacerlo es el que lo reenvía a su abismo” (Lacan, 1962), abismo entendido como la falta de su ser, la falta de nombrarse.

Ahora se presenta un caso clínico de un paciente cuyo nombre es Freddy. Con él, se lleva a cabo un trabajo a partir de lo onírico, en el que se evidencia lo mencionado anteriormente. En las primeras sesiones, los significantes que se reconocen en el paciente son escasos y se pueden sintetizar en esta frase mencionada por él: “es que yo mejor me voy a sembrar papa a San Juan, allá la vendo, me gano como dos millones de pesos, me compro ropa, me voy a una fiesta a tomar cerveza y consigo una niña bien bonita”. Estos elementos discursivos aparecen ante cualquier llamado o cuestionamiento; es clara la dificultad que tiene para articular otros significantes en su discurso. En dos ocasiones, el paciente solicita la intervención argumentando que necesita decir cosas importantes. Cuando inicia la sesión, pregunta: “¿qué era lo que me quería decir, doctora?” y cuando se invierte el lugar del que pregunta, responde: “ah sí, es que vengo a despedirme porque me voy para San Juan; allá voy a sembrar papa y con la plata que me den me voy a comprar ropa, un pantalón y sombrero de plumas”. En otra sesión, su preocupación se relaciona con el precio de un pantalón que va a comprar luego de vender la papa que siembre en San Juan. Otro ejemplo de estos significantes parasitarios en Freddy, se puede dilucidar a partir de un conflicto que tiene con otro paciente. Como parte de su crisis, Freddy manifiesta su deseo de irse del programa y menciona que si no le dan salida, igual se va a escapar y se va a ir a San Juan a sembrar papa: “allá sí tengo plata, tengo novias y uno viste bien”.

Con este paciente, no se había logrado precisar aspectos de su historia debido a la precariedad de su discurso. Cuando él logra contar uno de sus sueños, que consistía en que él cargaba el ataúd de un muerto de una vereda a otra, se abre la posibilidad de que realice asocia-



ciones que lo remiten a enunciar aspectos de su historia familiar. Manifiesta entonces que el muerto era su tío y recuerda que él murió de cáncer hace dos años; que pertenecía al igual que él, a la guerrilla y, como asociación final, relaciona sus dolores de cabeza (razón por la cual considera está en la institución), con la muerte de su tío. Al concluir la sesión, Freddy expresa: “necesito conseguir esa canción que dice, ya pa’ que quiero la tumba, para llevársela a mi tío, voy a decorarle la tumba bien bonita, para que no se me aparezca en los sueños”. Aquí puede observarse cómo el contenido discursivo responde al mismo orden en cuanto los significantes siguen siendo parasitarios; sin embargo, aparecen elementos a los que hubiese sido difícil acceder de otra manera.

Este primer sueño marca un camino para el investigador. De manera que los sueños manifestados posteriormente, como por ejemplo: “soñé que estaba en una gallera y después en una fiesta y me sentía contento, es que uno se sueña lo que quiere que pase, cuando uno está dormido se siente contento y, cuando se despierta, otra vez se aburre de estar aquí”, develan vestigios de deseo, aunque la experiencia siga respondiendo al orden de lo real. El último sueño se relata de esta manera: “Soñé que me perseguían para pelarme; corría porque me perseguían para matarme; un hombre me quería matar y me tocó bajar por unas gradas”. Se le plantean al respecto las preguntas: “¿quién lo quería matar y por qué?”. “Es que uno se sueña las cosas que ve en la televisión; como estaba viendo una película de un hombre al que querían matar y él bajaba por las gradas, por eso me sueña eso”. “¿Cómo sabe que era a usted al que querían matar?”; “porque uno se ve”. “¿Cómo se ve?”. “Corriendo, con la ropa de uno, era yo”. En este contenido onírico, aparece una identificación con el otro (el hom-

bre al que quieren matar) y la situación es tomada como identificación puesto que es seguida por la separación: la diferenciación que establece Freddy entre él y el otro de la televisión que, además, es soportada desde su yo y surge de una imagen de un cuerpo unificado.

## CONCLUSIONES

Llevar a cabo una práctica de investigación en psicoanálisis, en una institución de salud mental que propende por la recuperación del sujeto en términos de inclusión social, es reconocer diversos deseos que reposan en el sujeto psicótico: el institucional, el profesional, el social, el familiar.

- El deseo de neurotización se mantiene en la institución. El neurótico se asume como el ideal de sujeto, en tanto que la psicosis sigue siendo desechada y descalificada en su posibilidad de establecer el lazo social.
- Hablar de investigación en psicoanálisis es hablar del inconsciente, de las relaciones transferenciales, de la pulsión y, desde luego, de una repetición como síntoma, que no solo le corresponden al sujeto de estudio sino que involucran al sujeto investigador, de la misma manera en que se presentarían dentro de la práctica clínica. Por lo mismo, la exigencia en este campo radica en el reconocimiento del deseo de parte del investigador para que este no entorpezca el proceso.
- El hecho de que la investigación y la clínica se conjuguen en el encuentro con el paciente garantiza que al sujeto de estudio le sean reconocidos sus conflictos inconscientes y esto, desde luego, implica un aporte en términos de intervención terapéutica en pro de él. Esta situación cambia

la concepción de la investigación positivista, en la que se extrae información del otro tomándolo como objeto y, en cambio, no existe retribución simbólica.

- En tanto el investigador logre posicionarse desde un lugar donde su deseo sea precisamente el no desear nada, emergerá el sujeto psicótico y con él las posibilidades de establecer lazo social.
- Se considera importante el trabajo subjetivo en el investigador, dado que el desbordamiento del goce en la psicosis puede conducirlo a gozar con el psicótico.

## REFERENCIAS

- Báez, J. (2008). *Entendimiento y tratamiento de la psicosis en el dispositivo analítico de Freud a Lacan*. Monografía de grado. Universidad de León, IAEU. España
- Báez, J. (2009). *Psicosis y Cotidianidad. "La tragedia de un lazo social"* En *Revista a-Nudamientos*. Barcelona (España).
- Báez, J.; Rodríguez, R.; Karam, J. & Velosa, J. (2008). *Factibilidad de intervención en la psicosis desde el psicoanálisis en un programa institucional de inclusión social*. Tesis Psicológica No. 3. Facultad de Psicología. Los Libertadores. Bogotá.
- Báez, J.; Rodríguez, R.; Karam, J. & Velosa, J. (2009). *Resultados de la intervención desde el psicoanálisis en el problema de la psicosis y la inclusión social*. Proyecto de Investigación. Documento de trabajo. Facultad de Psicología. Fundación Universitaria Los Libertadores. Bogotá.
- Bleuler, E. (1993). *Demencia precoz, el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Lumen.
- Freud, S. (1978-1985). *La interpretación de los sueños*. (1900). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1966). *Introducción al psicoanálisis*. (1994). Alianza. Madrid.
- Lacan, J. (1955). *Seminario 2. El yo en la teoría de Freud*. Clase 21. Hipertextos, obras Jacques Lacan.
- Lacan, J. (1962). *Seminario 9. La identificación*. Clase 18. Hipertextos, obras Jacques Lacan.
- Lacan, J. (1971). *Seminario 18. De un discurso que no sería de apariencia*. Clases 1 y 2. Hipertextos, obras Jacques Lacan.
- Lacan, J. (1992). *El seminario 23. El Sinthome*. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Psicoanálisis.
- Lacan, J. (2004) *El seminario 3. Las psicosis*. (1955-1956). Buenos Aires: Paidós.
- Ramírez, E. (2004). *La investigación clínica*. En: *Psicoanálisis*. Revista electrónica. Antioquia.
- Zack, O. (2008). *El psicoanálisis es una pragmática que no es como las demás*. En *Virtualia* No. 18. Disponible <http://www.eol.org.ar/virtualia/018/template.asp?pragmatica/zack.html>. Recuperado 25 noviembre 2009.