

## **El abordaje psicoanalítico en los Centros de Salud: un nuevo desafío**

[The psychoanalytic approach in the Health Centers: a new challenge]

*Nicolás Matías Campodónico*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Lic. en Psicología. Doctorando en Psicología y Becario tipo B de la Universidad Nacional de La Plata. Investigador y ayudante diplomado ordinario de la cátedra de Psicopatología I (UNLP).

**Resumen:** Este trabajo vislumbrará la labor que se centra en el problema de la demanda de asistencia psicológica en los Centros de Atención Primaria de la Salud de La Municipalidad de La Plata. Con respecto a este problema se podría plantear, por un lado, tal como lo realizan algunos autores, el desarrollo de una tensión irreductible entre el ámbito de la “salud mental” y las prácticas psicoterapéuticas que obedecen a diferentes perspectivas solidarias con una búsqueda de “terapeutizar lo psíquico”, y el Psicoanálisis que se propone mantener sus principios atendiendo a las nuevas condiciones de la demanda. Consideramos también de importancia tener en cuenta las peculiaridades de la presentación del malestar, su articulación con la demanda de tratamiento y las coordenadas que regulan el funcionamiento de las instituciones en las que se insertan, resultando de interés subrayar las condiciones de la institución para atender al carácter diversificado y no seleccionado de la problemática que presentan los sujetos que consultan. Y es de importancia esto último para atender a las particularidades de la clínica y sus novedades, como puntos de interrogación para elaborar una estrategia que permita la inserción del psicoanálisis en este tipo de dispositivo asistencial.

**Palabras clave:** Salud Mental, Psicoanálisis, Clínica diferencial, demanda psicoterapéutica.

*Cita recomendada:* Campodónico, N. M. 2015. El abordaje psicoanalítico en los Centros de Salud: un nuevo desafío. Revista de Psicología (UNLP) N° 15, p. 55-69. Disponible en: <http://revistas.unlp.edu.ar/RPSEUNLP>.

Recibido: junio de 2013; aceptado: mayo de 2014.

**Abstract:** This work will glimpse the work focuses on the problem of demand for counseling in primary care centers Health of the Municipality of La Plata. With regard to this problem could arise, on one hand, as do some authors, the development of an irreducible tension between the scope of the "mental health" and psychotherapeutic practices that follow different perspectives solidarity with a search for "terapeutizar the psychic "and the psychoanalysis that aims to maintain its principles in response to new demand conditions. We also consider important to take into account the peculiarities of the presentation of discomfort, its articulation with the demand for treatment and the coordinates that regulate the functioning of the institutions in which they are inserted, resulting from interest highlight the conditions of the institution to meet the diversified nature of the problem unselected subjects presenting consulting. And the latter is of importance to attend to the particularities of the clinic and its new features like question marks to develop a strategy for the integration of psychoanalysis in this type of assistive device.

**Keywords:** Mental Health, Psychoanalysis, Clinical differential, psychotherapeutic demand.

### **Introducción \***

El presente trabajo aborda el problema de la demanda de asistencia psicológica en los Centros de Atención Primaria de Salud de La Municipalidad de La Plata. Se ha partido de la constatación reiterada en la bibliografía específica sobre el importante incremento de la demanda de atención psicoterapéutica en el ámbito público, tanto a nivel de los Centros de Salud municipales como en los servicios de Psicopatología y Salud Mental de las instituciones hospitalarias. Esto coincide con la ya conocida extensión de la oferta psicoterapéutica a nivel social, extensión que condiciona a su vez la apertura de un conjunto de demandas de asistencia desconocidas en tiempos pretéritos, tal como lo señala desde el campo de la Sociología Ehrenberg (Ehrenberg, 2010).

---

\* Este trabajo forma parte de lo trabajado en el marco de una Beca Doctoral tipo B (UNLP), dirigida por la Dra. Graziela Napolitano.

De este modo, es de interés subrayar las condiciones de la institución para atender al carácter diversificado y no seleccionado de la problemática que presentan los sujetos que consultan en el Centro. Y es de importancia esto último, para atender a las particularidades de la clínica y sus novedades, como puntos de interrogación para elaborar una estrategia que permita la inserción de una práctica orientada por el Psicoanálisis en este tipo de dispositivo asistencial.

Es necesario decir que, un gran número de psicoanalistas trabajan en instituciones relacionadas al ámbito de la Salud Mental. En este sentido, el psicoanalista está, en efecto, preocupado por una clínica de los estragos ligados al discurso del Otro, que Freud ya había designado como “malestar en la cultura”. Uno de los objetivos de este recorrido planteará, como lo realizan algunos autores (Haddad & Ulrich, 2011), el desarrollo de una tensión irreductible entre el ámbito de la llamada “Salud Mental” y el Psicoanálisis.

Nuevas condiciones históricas hacen entonces de la Salud Mental un tópico de creciente preocupación. En nuestro país, en el Plan Federal de Salud 2004-2007, estructurado en función de la Atención Primaria de la Salud, el Ministerio de Salud de la República Argentina plantea a la Salud Mental como una de las áreas importantes sobre las cuales es necesario implementar acciones específicas, pero denuncia a la vez “la ausencia de información para establecer líneas de base en algunos de los principales problemas de salud y factores de riesgo en la Argentina” (Consejo Federal de Salud, 2004, p.27). De esta manera y en función a la importancia de atender este campo que cobra cada vez mayor importancia, se recurre a la implementación de programas y planes que relacionan directamente al campo de la Salud Mental con el de la llamada Atención Primaria. En el marco de otro documento legal, como es la Ley Nacional Argentina de Salud Mental N° 26657, en el artículo 3 “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.” (Ley Argentina de Salud Mental, 2011, p. 9)

Entonces en este marco desde donde se propone una política de Salud Pública y Salud Mental cabría decir, por un lado, como lo plantea J-A Miller (1988), que no hay otra definición para la salud mental que la referencia al orden público, y en función a esto, por otro lado, intentar responder a la pregunta que se plantea el

autor a lo largo de su seminario titulado El Otro que no existe y sus comités de ética: ¿Cómo encontrar la brújula para situar la clínica analítica, el discurso del analista, su posición frente a nuestro Otro, la sociedad? La tesis que el autor sigue es la siguiente: podría ser que el psicoanálisis del siglo XXI deba vivir bajo el régimen del no-todo, de la inconsistencia lógica, lo que no quiere decir, claramente, que el psicoanálisis mismo sea inconsistente. Estamos en un nuevo régimen social, un mundo transformado por la ciencia, la tecnología y la globalización económica, donde el padre moderno es un padre que no puede asegurar la distribución del goce de manera conveniente, y de esta manera, las familias ya no cuentan con el Otro de la Ley de antaño. La sociedad actual dejó de vivir bajo ese mito (Miller, 2006).

En este sentido, se puede mencionar la manera en que Anthony Giddens, desde otro campo diferente al del psicoanálisis, se acerca diciendo que el nuevo orden social dominado por la tecnocultura o la tecnoestructura produce dos efectos: uno, es que vivimos en un mundo de “incertidumbre fabricada”, que penetra todos los ámbitos de la vida, y el otro coincidiendo con lo anterior, es que como consecuencia del fin del orden tradicional patriarcal se da un fenómeno de expansión, que es que las personas exigen más autonomía que en ninguna época anterior (Belaga, 2006: 14-15).

Asimismo, se puede ver que ambos fenómenos se pueden constatar en la clínica. Entonces, ¿Cómo se manifiestan en las consultas cotidianas, cómo subyacen en los nuevos síntomas? En este sentido, la “incertidumbre fabricada” estaría en el relato de los pedidos de atención ligados a lo contingente, al acontecimiento, a la urgencia. Mientras que el otro hecho, se expresaría bajo las nominaciones identificatorias: “yo soy toxicómano”, “yo soy anoréxico”, “yo soy normal”, etc., que aprovechan los significantes de la época para fijar al sujeto en un lugar establecido. En ambas situaciones, el que consulta se ve forzado necesariamente a pasar por el Otro en el recorrido de la cura, para llegar luego a su posición de goce, a una nueva identidad ligada a un modo-de-gozar enlazado a los valores del Otro social.

Por consiguiente, y considerando los trabajos psicoanalíticos sobre el tema, en los que cobra especial relevancia la inserción del Psicoanálisis en la oferta social, adquiere significación el análisis del contexto de la época en la que el Otro, como sistema de normas, referencias identificatorias, roles y garantías que ofrece la

sociedad se ha ido progresivamente desvaneciendo y resultando en una fragmentación que da lugar a ficciones múltiples que sólo transitoriamente otorgan estabilidad al mantenimiento del lazo social. Este contexto adquiere especial relieve en la presentación de la demanda terapéutica, así como en su extensión condicionada por el valor que ha alcanzado el recurso a la palabra y la comunicación.

Entonces, podría ser que el psicoanálisis pueda encontrar su lugar en la asistencia hospitalaria y asistencial pública a partir de la invención de nuevos dispositivos haciendo uso del entrecruzamiento de discursos, respondiendo a las reglamentaciones institucionales al mismo tiempo que, separándose, no se deja apresar por ellas.

## **Objetivos**

### ***Objetivo General***

Explorar las características de la demanda de atención psicológica en los Centros de Atención Primaria de la Salud de La Plata y su relación con las estrategias terapéuticas.

### ***Objetivos específicos***

Establecer los problemas en debate en la actualidad entre la especificidad de la clínica psicoanalítica y sus relaciones con el campo de la Psicopatología y la Salud Mental.

Analizar y formalizar las diferentes formas de manifestación del malestar contemporáneo y los diferentes modos de abordaje de las denominadas patologías contemporáneas en relación a la demanda de asistencia.

Establecer en un análisis cualitativo las transformaciones de la demanda de asistencia en el curso de intervenciones psicoanalíticas.

Aportar conceptos teóricos en relación a la clínica diferencial en la actualidad.

## **Metodología**

La investigación propone un método argumentativo – demostrativo que se basará en la exégesis bibliográfica correspondiente. El estudio empírico es el que permite la elaboración de una casuística en los Centros de Salud municipales. Y el análisis de casos apuntará a establecer las principales coordenadas que organizan los diferentes agrupamientos de las presentaciones de los síntomas en la demanda asistencial.

Para obtener cierta información pertinente a fines de elaborar la casuística de la investigación empírica, se considerarán dos categorías de análisis: 1.- la presentación del síntoma, 2.- su articulación con la demanda de tratamiento y la particularidad de la institución.

Los operadores conceptuales que orientarán el análisis de los textos estarán centrados en las diferentes nociones y conceptos de la atención psicológica en este espacio de atención considerado de prevención y asistencia. Asimismo las diferentes nociones y conceptos del campo lacaniano del psicoanálisis sobre el tema de la demanda, de la presentación del síntoma y de la inserción del psicoanálisis en la oferta social actual. Nos resulta de importancia asimismo los problemas y críticas que tal práctica ha suscitado, problemas diagnósticos, y críticas al criterio de focalización y obtención de resultados terapéuticos. Para tal fin se utilizará un amplio corpus bibliográfico: de los escritos, seminarios y conferencias de la enseñanza de Lacan; en segundo lugar de los trabajos específicos a nivel internacional que abordan la problemática de la aplicación del Psicoanálisis y su oferta social en sus relaciones con el Psicoanálisis puro.

## **Resultados**

Es cierto que quien llega a la consulta, cuando de una institución pública se trata, lo hace bajo cierta transferencia a la institución. La transferencia a la institución es lo primero que se puede encontrar y ver en las consultas en estos dispositivos. Nada sabe, en la mayoría de los casos, acerca de quién lo recibirá, quién lo atenderá. Sino que será atendido en el Servicio de Salud Mental.

Con la oferta de la escucha, se propiciaría que el sujeto hable. En este punto las preguntas que nos guían son: ¿qué dice?; ¿qué dice de lo que lo aqueja?; ¿qué dice de lo que lo lleva a consultar?; ¿por qué consulta?; ¿por qué dice lo que dice ahora y no ayer, hace días, meses, años o tal vez mañana?; ¿qué precipita su

consulta?; ¿de qué manera dice lo que dice?. Cabe aclarar que resultan interrogantes que, por cierto, no serán, en muchos casos, asequibles a ser respondidos por el sujeto. Es el analista a quien le toca poder leer en lo que dice, algo de estas preguntas, aunque no siempre sea posible en una sola entrevista. Preguntas que intentarán prefigurar la distinción entre el yo del enunciado y el sujeto de la enunciación.

Entonces, resulta necesario tener en cuenta, las variadas modalidades de presentación, condicionadas por las características particulares de la cultura de la época, que otorgan cualidades especiales a la demanda de asistencia en un momento dado. Además resulta importante subrayar, teniendo en cuenta que se trata de una demanda no seleccionada y que los centros de salud pertenecen al campo asistencial: los tipos de síntomas que llegan a la consulta, y su articulación con la demanda; la posibilidad del establecimiento de la transferencia analítica y las posibles transformaciones del síntoma en el transcurso del tratamiento.

Para el trabajo realizado en función a la casuística de la investigación, nos resulta pertinente resaltar la categoría que denominamos “origen de la demanda”, o sea la diferenciación de la demanda ya sea, espontánea, de interconsulta, derivaciones médicas o indicación judicial. (Campodónico, 2013) Sin embargo es necesario precisar que el lugar al que se dirige la demanda no es ajeno a la forma y al contenido al que esta se presenta. Y centrarnos en este condicionamiento y en las transformaciones que se pueden operar es uno de los objetivos de la investigación

1. Consulta espontánea: en esta categoría se ubican el tipo de consulta que llega a la institución por decisión propia. Ya sea que se trate de un padecimiento que perturba e interfiere en el desarrollo de la vida del sujeto, y que se presenta entonces como síntoma patológico, o ya sea, como acontecimiento doloroso, como urgencia subjetiva, lo que está en juego en este tipo de demandas es la búsqueda de una asistencia terapéutica que puede formularse en ocasiones con claridad como un pedido de psicoterapia, en otros como de consejos u orientación, y finalmente de tratamiento farmacológico. Nos detenemos especialmente en el problema de la implicación subjetiva que acompaña la presentación del síntoma, así como de las respuestas a las intervenciones que pueden realizarse en el curso de la primera entrevista.

2. Consultas por Derivación: esta categoría a su vez se puede dividir en 2 sub-

categorías para mostrar la pertinencia de la unidad de análisis:

Derivación Interna o Interconsulta: este tipo de derivación consiste en el pedido de los profesionales de salud del Centro de Salud, ya sea el médico clínico, ginecóloga u obstetricia, quienes son los principales derivadores.

Derivación Externa: esta derivación se caracteriza por provenir de diferentes instituciones: A) Otras Instituciones de salud como son hospitales de la zona u otros centros de salud que no cuentan con servicio de Psicología. B) Secretaria de Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de La Plata C) Juzgado de familia. D) Patronato de Liberados, que interviene y deriva en una causa radicada en el departamento judicial de La Plata.

Habitualmente los pacientes se presentan con un “no hay tiempo... quiero estar bien ahora, ya”, demostrando que la dimensión del tiempo está muy comprometida en este caso en la atención asistencial-institucional.

Se puede ver en las entrevistas de admisión de los pacientes que llegan al Centro de Salud, la urgencia del momento de concluir. Pareciera que todo el mundo está apurado, todo el mundo quiere sacarse el malestar, el síntoma de una vez y para siempre. Frente a la demanda de concluir (en palabras de Pablo, un paciente del centro, “*quiero estar bien ya y dejarme de sentir así de mal*”), el analista intenta poner una pausa para comprender. Introducir el tiempo de comprender permite ubicar el diagnóstico en otras coordenadas. Frente a la prisa por concluir, propia del apremio por la disolución de los síntomas, el analista introduce un tiempo para comprender.

Toda institución asistencial de este tipo, está organizada para dar una solución rápida al problema, al sufrimiento, al síntoma. Están para suprimir el malestar o incluso desde el modelo de atención que manejan, poder prevenirlo. El trabajo en la institución nos obliga a cuestionar una práctica estandarizada en el tratamiento, considerando la particularidad del caso y el tratamiento específico de la demanda.

Las personas llegan generalmente a las guardias, admisiones hospitalarias y asistenciales, cuando la irrupción sintomática ha desbordado los límites de lo soportable y de lo manejable, y es allí donde la presencia de alguien que aloje este sufrimiento permitirá poner palabras al padecimiento. La posibilidad del pasaje del síntoma en sentido patológico, “la enfermedad en sentido práctico” como la llamaba Freud, al síntoma analítico, reinstala al sujeto en un discurso que

intenta dejar atrás la demanda de restablecimiento de la homeostasis perdida. Pensar al psicoanálisis como un nuevo lazo social inventado por Freud a comienzos del siglo XX, permite un tratamiento distinto del síntoma: Hacer pasar al síntoma por la palabra.

### Discusión

El psicoanálisis en la institución pública es una cuestión que concierne al tema del psicoanálisis aplicado a la terapéutica. Se trata como es sabido, de su diferencia con la psicoterapia, es decir de otras formas de tratamiento de los síntomas por la palabra.

Desde que los psicoanalistas se acercaron a los hospitales y otras instituciones de salud surgieron problemas que ya podemos llamar clásicos: tales como si el psicoanálisis es posible en el hospital, el tema del dinero, la duración de los tratamientos, el abordaje de las psicosis, etc.

En este sentido, se podría comenzar partiendo de una interrogación acerca de la posibilidad de articulación entre psicoanálisis e institución pública, por un lado, y psicoanálisis y salud mental, por otro lado. Dos cuestiones: ¿Cómo pensar la posición del analista frente al entramado discursivo que atraviesa su práctica en una institución pública? ¿Cómo pensar la existencia del campo y el término de salud mental en relación al psicoanálisis?

La institución pública se halla atravesada por el entrecruzamiento de diferentes discursos. Discurso médico y capitalista se puede ver como se entraman. El discurso médico encarna el ideal de homeostasis “psico-físico-social”, busca “normalizar” al paciente, restituir un estado anterior de salud, perdido. Así, el sujeto resultaría ajeno a la responsabilidad subjetiva por su padecimiento. El saber queda por completo del lado del médico, obturando preguntas en relación al cuerpo que habla y goza en el síntoma. El sujeto dividido del inconsciente se escurre en la noción de “trastorno” médico y medicalizable. Por este entrecruzamiento discursivo se halla atravesada la institución y de ahí lo subversivo que encarna el discurso analítico.

Es un hecho que la salud mental no es un concepto psicoanalítico, sino que se trata de un concepto y campo que conviene problematizar en el contexto actual. Para pensar acerca del campo de la salud mental, es de importancia partir en este momento, como punto de partida de la definición positiva de salud con la que la

define la Organización Mundial de la Salud, según la cual es: "... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad" (OMS, 1948). La salud mental es, entonces, inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psi-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posible para su desarrollo físico, intelectual y afectivo. Se podría suponer que puede leerse en esta definición lo que puede entenderse como salud mental, en tanto la salud entendida en estos términos propone un equilibrio que incluye como parte integradora a "lo mental". De esta manera se puede ver cómo la definición de Salud Mental de la OMS en términos de promoción del bienestar y de prevención de los trastornos mentales extiende su acción a todos, sin distinción. Se podría suponer que la salud como fue anteriormente definida, funciona como un ideal, asociándose con la armonía que, como tal, no solo es efímera y fugaz sino que no se corresponde con el funcionamiento del aparato psíquico según lo propone el psicoanálisis, ya desde los tiempos de Freud.

Esta idea de armonía que preside la opinión sobre la salud desde esta perspectiva que se enunció anteriormente, engendra la preocupación de la higiene. La higiene se presenta como un saber relativo a la salud, un saber prescriptivo que indica cómo protegerla, asegurarla, reforzarla. El discurso de la higiene pertenece, de principio a fin, al discurso del amo. Se trata de un discurso animado por una ambición socio-política-médica. En este sentido, sería que adoptar los imperativos sanitarios promovidos por la administración es evidentemente alinearse con la estructura del discurso del amo.

Así como la salud se define, desde la salud pública, como bienestar completo y posible, desde el psicoanálisis, Lacan lo plantea al síntoma, en este punto "...como aquello que se pone en cruz para impedir que las cosas anden" (Lacan, 1974: 84). Ahora bien, surge el interrogante de cómo operar con el síntoma.

La referencia al "bienestar" no es más que una reducción de la virtud preconizada anteriormente a un higienismo que se pretende científico. Esto es posible ver a partir de algunas palabras extraídas del Primer Congreso Europeo de Psicoanálisis que plantea la cuestión de si la salud mental existe. Allí donde la salud mental intenta estandarizar el deseo para que el sujeto marche al paso de los ideales comunes, el psicoanálisis sostiene una reivindicación del derecho al "no como todo el mundo" (Miller, 2008). Allí donde la Salud Mental lleva la huella

de la caridad, el psicoanálisis, según la expresión de Lacan, “descarida” y alivia al sujeto de la voluntad del “Otro que quiere el bien”. (Lacan, 1970)

En Freud, uno de los modos en que aparece esta noción de bienestar es en relación a la idea de felicidad. En *El malestar en la cultura* (1929) se interroga: “¿Qué es lo que los seres humanos mismos dejan discernir por su conducta, como fin y propósito de su vida? ¿Qué es lo que exigen de ella, lo que en ella quieren alcanzar? No es difícil acertar con la respuesta: quieren alcanzar la dicha, conseguir la felicidad y mantenerla”. (Freud, 1929: 76) Por lo tanto la felicidad es lo que los hombres esperan y han esperado en todo momento encontrar en su vida. Pero he aquí otra cuestión ¿es posible que la felicidad perdure?, ya lo había dicho Freud en este texto, y pensamos que ésta solo es posible por momentos, y la armonía creada en esos momentos de felicidad del sujeto se quiebra al encontrarse otra vez con su síntoma. Entonces, podríamos decir que el síntoma es el responsable de romper con la ilusión de una “salud mental completa”, en tanto quiebra con la ilusión de unidad de una salud alcanzable.

Desde los comienzos del Psicoanálisis, Freud se ocupa de organizar el campo de su clínica a partir de la histeria, considerando la forma de presentación del síntoma y su relación con aquello que lo determina. Sin embargo, en la actualidad el campo de la Psicopatología incluye los llamados “nuevos síntomas”, aquellos que en estrecha relación con aspectos específicos de la cultura contemporánea, se presentan frecuentemente con carácter epidémico. Estas manifestaciones, constituyen un verdadero desafío para los abordajes terapéuticos, así como para los programas de prevención, considerando la escasa implicación subjetiva que afecta a quienes las presentan. Nos referimos a perturbaciones tales como la anorexia, la bulimia, las automutilaciones, y los diferentes tipos de adicciones. De esta manera, es necesario tener en cuenta, las variadas modalidades de presentación, condicionadas por las características particulares de la cultura de la época, como es el caso de esos “nuevos síntomas” que otorgan cualidades especiales a la demanda de asistencia en un momento dado y que se encuentran inscriptas sin fijeza alguna, dentro de los grandes grupos diagnósticos que están delimitados en el campo freudiano. En este sentido, fue el creador del psicoanálisis quien marcaba ya la articulación entre el por entonces nuevo dispositivo y la salud pública, cuando afirmaba: “Ahora supongamos que una organización cualquiera nos permitiese multiplicar nuestro número hasta el punto

de poder tratar grandes masas de hombres. Por otro lado, puede preverse que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menores derechos a la terapia anímica que los que ya se le acuerdan en materia de cirugía básica. Y que las neurosis no constituyen menor amenaza para la salud popular que la tuberculosis, y por tanto, lo mismo que a esta, no se las puede dejar libradas al impotente cuidado del individuo perteneciente a las filas del pueblo. Pero cualquiera que sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo, y no importa qué elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso, ajeno a todo partidismo” (Freud, 1919: 163). Aclaremos, no obstante, la distinción ética que aleja al psicoanálisis de una función de normalización o adaptación, por ejemplo en los términos de Deleuze y Guattari, en tanto y en cuanto apunta de manera radical a la dimensión subjetiva. Jacques Lacan ha afirmado que “promover en la ordenanza del análisis la normalización psicológica incluye lo que podemos llamar una moralización racionalizante” (Lacan, 1959: 360); en otro sentido, advierte acerca de los riesgos que supone “un error del analista, aunque solo fuese el de querer demasiado el bien del paciente, cuyo peligro ha denunciado muchas veces Freud mismo” (Lacan, 1951: 219). El psicoanálisis se sostiene en una ética del deseo, y al hablar de ello, se abandona el terreno antinómico del bien y del mal; el deseo como tal excede esta lógica y desde la cual se sostienen otras prácticas psicológicas. En el Seminario 8, Lacan se refiere a Alcibíades como el hombre del deseo diciendo: “Alcibíades no dice es por mi bien o por mi mal, por lo que quiero eso que no es comparable con nada y que se encuentra en ti ágalma. Dice lo quiero porque lo quiero, sea mi bien o sea mi mal” (Lacan, 1960: 185). Sin embargo, opuesto a esta lógica del deseo, otras corrientes psicológicas se sostienen en lo que se lo podría llamar como lógicas del bien. Mazzuca (2001) en *Psiquiatría y Psicoanálisis, encuentros y desencuentros*, define a estas lógicas de la siguiente manera: “En estas éticas de bienes la cuestión de la felicidad, del bienestar, está siempre presente ya que funciona la hipótesis de que hay siempre una articulación entre el bien y el bienestar, se supone que el sujeto que procede en su conducta guiándose por esta ética, es decir orientándola hacia el bien, obtiene el bienestar, consigue la felicidad” (2001: 17) Por el contrario en el psicoanálisis no existe la promesa de la

felicidad, no hay garantías de ella en aquellos sujetos que se ponen a andar por el camino del deseo. Lacan lo dice de la siguiente manera: “incluso para quien avanza hasta el extremo de su deseo, todo no es rosa”. (Lacan, 1960: 384) Acerca de la ética del análisis y la ética del bien, nos advierte Lacan: “la cuestión del Soberano Bien se plantea ancestralmente en el hombre pero el analista sabe que esta cuestión es una cuestión cerrada. No solamente lo que se le demanda, el Soberano Bien, él no lo tiene, sin duda, sino que además sabe que no existe”. (Lacan, 1960: 357) La dirección de la cura en psicoanálisis nunca podría apuntar al bien, en ese caso se trataría de una estafa. Responder en esa dirección a la demanda de felicidad anula la dimensión del más allá de ella, esto es, la dimensión del deseo. Si la ética del análisis se orienta a preservar el lugar del deseo, la ética del bien resultara incompatible con ella.

Ahora, frente a la demanda institucional, ¿qué oferta un psicoanalista? El analista con su presencia ofrecerá la implicación de su acción de escuchar, propiciando que el pedido se transforme en demanda y que ésta se articule en deseo. Sin embargo, la asunción de una ética subjetiva no impide la consideración del levantamiento de los síntomas del paciente.

En la Institución de salud pública, el analista no sólo recibe la “demanda de felicidad” del paciente, esta demanda de restaurar el equilibrio, sino que también se ve impelido a responder a otras demandas: de la institución, del médico, del juzgado, etc. Demandas de eficiencia y eficacia.

Para concluir, podemos decir que la posibilidad de un análisis no depende tanto del marco en el que se lleve adelante, ya sea este público o privado, sino de la demanda del paciente y de la posición que asume un analista frente a la misma. Los entrecruzamientos, tanto éticos como discursivos, se hallan presentes en los dos ámbitos. Será responsabilidad del analista enfrentarlos, valiéndose de la apuesta al sujeto, mediante una escucha que apunte a la singularidad. Es decir, el analista, en su práctica institucional, podrá posicionarse como tal, en tanto abra la brecha que posibilite establecer un dispositivo que se sustente en otra política, la del deseo, aquella que domina “táctica” y “estrategia” en la dirección de la cura.

Como se ha dicho, la población entrevistada en las consultas psicológicas en el Centro de Salud, posee características particulares en cuanto al origen de la demanda de esta población, evidenciando peculiaridades en las modalidades de presentación de los síntomas en dicha población. En nuestra investigación se

tiene en cuenta la clínica novedosa que presenta la demanda no seleccionada y la necesidad de estudiar estrategias específicas de intervención orientadas desde el Psicoanálisis aplicado.

### Referencias bibliográficas

Belaga, G (2006). La urgencia generalizada. La práctica en el hospital. Buenos Aires: (pp. 11-29) Grama Ediciones.

Campodónico, N (2013). Acerca de la demanda psicológica en un dispositivo asistencial: la salud mental y el psicoanálisis. En *Perspectivas en Psicología*. Vol X, pag. 18 -25.]. Universidad Nacional de Mar del Plata. EUEM

Consejo Federal de Salud (2004). Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Buenos Aires: Ministerio de Salud de La Nación.

Ehrenberg, A (2010). *La société du malaise. Le mental et le social*. Paris: Editorial Odile Jacob

Freud, S. (1919). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En S. Freud, *Obras Completas* (Tomo 17, pp. 151-164). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1929). El malestar en la cultura. En S. Freud, *Obras Completas* (Tomo 21, pp. 47-140). Buenos Aires: Amorrortu.

Haddad, M & Ulrich, G (2011). Salud Mental y Psicoanálisis, una tensión irreducible. En *Memorias del 3° Congreso de Psicología de la Facultad de Psicología de La Plata*. Buenos Aires: EDULP.

Lacan, J. (2008). Intervención sobre la transferencia. En J. Lacan, *Escritos* (Tomo 1, pp. 209-219). Buenos Aires: Siglo Veintiuno. (Trabajo original de 1951)

Lacan, J. (2008). La dirección de la cura y los principios de su poder. En J. Lacan, *Escritos* (Tomo 2, pp. 559-615). Buenos Aires: Siglo Veintiuno. (Trabajo original de 1958)

Lacan, J (1959-1960). Las metas morales del psicoanálisis. En J. Lacan *La ética del psicoanálisis*. El Seminario 7 (pp. 360-369). Buenos Aires. Paidós

Lacan, J (1959-1960). La demanda de felicidad y la promesa analítica. En J.

Lacan La ética del psicoanálisis. El Seminario 7 (pp. 347-359). Buenos Aires. Paidós

Lacan, J (1960-1961). Entre Sócrates y Alcibíades. En J. Lacan, La Transferencia. El Seminario 8 (pp. 177-192). Buenos Aires: Paidós

Lacan, J (1970). Radiofonía. En J. Lacan, Otros Escritos (pp. 425-471). Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J (1971). De un discurso que no fuera del semblante. En El Seminario 18. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J (1974). La tercera. En J. Lacan, Intervenciones y textos II (pp. 73-108). Buenos Aires: Manantial

Mazzuca, R (2001). Psiquiatría y Psicoanálisis, encuentros y desencuentros. Buenos Aires: Eudeba

Miller, J- A (1988). Salud mental y orden público. Editorial EUG: Barcelona.

Miller, J-A (2006). El Otro que no existe y sus comités de ética. Editorial Paidós: Buenos Aires.

Miller, J-A (2008). Sutilezas Analíticas. Buenos Aires: Paidós.

Ley nacional Argentina de salud mental N° 26657 OMS (1948).  
Constitución de la Organización Mundial de la Salud.