



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Instituto de Investigación y Posgrado
Programa Nacional de Posgrados
De Calidad

EL MALESTAR EN EL POSPARTO INMEDIATO. ATENCIÓN A LA
SINGULARIDAD A PARTIR DE UN DISPOSITIVO CON
FUNDAMENTACIÓN PSICOANALÍTICA

Por

MARÍA ANGELES FERNÁNDEZ CARAPIA

Tesis presentada como requisito parcial
para obtener el grado de

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Director de Tesis

Ma. Antonia Reyes Arellano

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Instituto de Investigación y Posgrado
Programa Nacional de Posgrados
De Calidad

EL MALESTAR EN EL POSPARTO INMEDIATO. ATENCIÓN A LA
SINGULARIDAD A PARTIR DE UN DISPOSITIVO
CON FUNDAMENTACIÓN PSICOANALÍTICA

Por

MARÍA ANGELES FERNÁNDEZ CARAPIA

Tesis presentada como requisito parcial
para obtener el grado de

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Director de Tesis

Ma. Antonia Reyes Arellano

Sinodales

Dra. María del Carmen Rojas Hernández

Dr. Gabriel Zárate Guerrero

Dra. Ma. Antonia Reyes Arellano

Dr. Omar Sánchez-Armáss Cappello
Jefe del Instituto de Investigación y Posgrado

Dra. Angelina González Hurtado
Coordinadora de la Maestría en Psicología

Dr. Agustín Zárate Loyola
Director

San Luis Potosí, S. L. P.

Agosto 2013

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el interés en promover el trabajo de investigación en México. Específicamente por el apoyo económico recibido para la realización de este proyecto de maestría, del cual se deriva la presente tesis; así como por el apoyo recibido a través del programa de Becas Mixtas para llevar a cabo una estancia de investigación en el extranjero.

A la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, a la Facultad de Psicología y a su vez al Instituto de Investigación y Posgrado por el apoyo brindado para la realización y culminación de mis estudios de maestría. Al personal administrativo y docente por su esfuerzo constante por sostener este espacio privilegiado para la producción del saber.

Al Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” de la ciudad de San Luis Potosí por su disposición y apoyo para la puesta en marcha de este trabajo, por el interés mostrado por parte del personal de la institución, así como la confianza y credibilidad otorgada tanto a mí como al trabajo de intervención clínica.

A mis maestros, la Dra. María del Carmen Rojas Hernández, el Dr. Ricardo García Valdez; por su escucha atenta y sus prudentes cuestionamientos que guiaron y fungieron como motor de este trabajo investigativo.

Especialmente al Dr. Víctor Javier Novoa Cota, por su tiempo y su escucha, por acompañarme pacientemente en este recorrido por la maestría. Por sus valiosas asesorías y sus aportaciones sustanciales a esta investigación las cuales rindieron fruto y se ven concentradas en este documento.

Al Dr. Gabriel Zárate Guerrero, por el apoyo brindado mucho antes de comenzar esta maestría y por su contribución para la realización de la estancia de investigación en la Universidad de Paris VII Denis-Diderot.

A la Dra. Drina Candilis-Huisman, profesora-investigadora de la Universidad de París VII por haberme recibido en tanto tutora durante mi estancia de investigación. Por su calidez y la confianza puesta en mí.

A mis amigos entrañables de la maestría, por su valiosa compañía en este trayecto de vida.

A mis padres y mis hermanos, por el apoyo incondicional desde siempre.

Por último y con especial gratitud, a Enrique, mi compañero de vida, por su amor y su paciencia inagotables, por su respetuosa escucha, por impulsarme y confiar en mí en todo momento. Por su apoyo para la realización de este proyecto y de otros muchos en nuestra vida.

EL MALESTAR EN EL POSPARTO INMEDIATO. ATENCIÓN A
LA SINGULARIDAD A PARTIR DE UN DISPOSITIVO
CON FUNDAMENTACIÓN PSICOANALÍTICA

Resumen

por: Mtra. María Angeles Fernández Carapia
Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Agosto 2013

Directora de Tesis: Ma. Antonia Reyes Arellano

Esta tesis da cuenta del trabajo clínico con fundamentación psicoanalítica llevado a cabo con mujeres hospitalizadas durante el posparto inmediato, es decir, en las primeras 24 a 72 horas después del parto. Se parte de la tesis fundamental desde el psicoanálisis de concebir la teoría y la clínica como dos dimensiones de un mismo proceso, como un continuo que fluye en ambas direcciones, como un ir y venir constante y no como un proceso ordenado cronológicamente en el tiempo. Por lo tanto, de manera didáctica se dirá un primer tiempo, el de la intervención clínica, tuvo como propósito la atención a la singularidad de estas pacientes en contexto hospitalario. Concibiendo la singularidad como aquello próximo a la inconsciente que en ocasión del posparto inmediato parece insistir con toda su fuerza a través de ciertas manifestaciones de malestar que en apariencia no tienen razón de ser al no existir motivo externo alguno que justifique su aparición, lo cual lleva a banalizar y desacreditar estas expresiones de malestar al considerarlas fuera de lugar. Un segundo tiempo, que se traslapa con el primer como ya se puntualizó, corresponde a un trabajo de teorización por parte del clínico en tanto investigador, en relación a ciertos enigmas derivados de la experiencia clínica. Se propone entonces que las expresiones de malestar de estas mujeres, tales como: quejas diversas, llanto esporádico, angustia, incertidumbre, vulnerabilidad,

miedos y reminiscencias dolorosas, entre otras, debido a su carácter dislocado tal como el sueño, hacen signo de lo inconsciente vía el proceso primario.

Se concluye con algunas puntualizaciones de orden tanto clínico como metodológico, subrayando la importancia de proponer procedimientos que permitan dar continuidad al trabajo clínico iniciado a través de seguimientos clínicos, lo cual es una tarea aún pendiente en ciertos contextos institucionales.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	I
RESUMEN.....	III
PRESENTACIÓN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO UNO	
Diagnóstico Situacional.....	14
Objetivos.....	14
Metodología e Instrumentos del Diagnóstico.....	14
Contenido.....	16
Datos generales de la institución.....	16
Antecedentes históricos.....	17
Descripción breve del escenario hospitalario y del personal del área.....	18
Detección de necesidades y/o demandas de atención clínica.....	21
Conclusiones.....	22
CAPÍTULO DOS	
Modelo de la Intervención.....	38
Objetivos.....	38
Modelo Teórico de la Intervención.....	38
Justificación.....	56
Diseño de la Intervención.....	57
Estrategias de la Intervención.....	62
Planificación de la Intervención.....	65
Cronograma de Actividades.....	66
CAPÍTULO TRES	
Implementación de la Intervención.....	67
Modelo de Intervención.....	67
Reporte de Intervención y Estrategias.....	69

CAPÍTULO CUATRO

Evaluación de la Intervención.....	75
Aspectos Introdutorios.....	75
Enfoque de la Evaluación.....	77
Justificación.....	83
Diseño de la Evaluación.....	84
Metodología y Estrategias para la Evaluación.....	86
Resultados.....	94
Eje I. Posparto inmediato, puesta en marcha del proceso primario.....	97
Eje II. Unheimlich, signo de malestar.....	99
Eje III. Procesos regresivos y plasticidad psíquica.....	102
Eje IV “Ese fragmento del tiempo en estado puro” (Fédida, 2006, p. 103).....	106
Conclusiones.....	108
REFERENCIAS.....	118
APÉNDICE.....	124
A. Artículo.....	124
B. Acuse de Recepción de Artículo.....	140
C. Oficio Inicial Programa de Residencias.....	142
D. Oficio Final de Cumplimiento del Programa de Residencias.....	143
E. Documentos Probatorios Estancia de Investigación en el Extranjero.....	144

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Fases de la intervención	65
Tabla 2. Cronograma de actividades	66
Tabla 3. Reporte de la intervención.....	70

Dedicatoria

A las mujeres atendidas en el Hospital,
porque la llegada de un hijo
no siempre se acompaña de dicha y felicidad.

A mi familia,
porque en su esfuerzo por brindarme un buen futuro,
me han regalado un presente dichoso.

Especialmente a mi padre,
porque aún sin saberlo, con su amor me rescató de mi destino,
en el momento adecuado me hizo creer que era grande,
me prestó sus alas y llegado el tiempo, me dejó volar lejos.

PRESENTACIÓN

El parto, considerado un evento común, ordinario y natural, devela sin embargo un intenso trabajo psíquico convocado en la mujer en ocasión de dar a luz. Trabajo psíquico acompañado de un singular malestar caracterizado por llanto, tristeza, vulnerabilidad, quejas diversas, miedos, incertidumbre, angustia, reminiscencias dolorosas, etc. Expresiones de malestar que al presentarse en binomios (madre-hijo) medicamente sanos devela la inexistencia de una explicación razonable para su aparición, además de que tampoco figura una única causa que explique tal fenómeno. En razón de lo anterior, se le considera entonces como un malestar fuera de lugar y sin razón. Concibiéndolo de igual manera que el parto, como un malestar ordinario, leve o común, es decir, como un estado propio después del parto. En consecuencia, estas expresiones de malestar llegan a ser frecuentemente objeto de descredito, banalización e incredulidad por parte tanto de los familiares como de la institución médica al no saber cómo actuar ante este acontecimiento.

La clínica con mujeres hospitalizadas durante el posparto inmediato, es decir, en las primeras 24 a 72 horas después del parto, permitió develar este singular malestar al cual se hace referencia. En medio de una institución médica, la puesta en marcha de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica tuvo como objetivo posibilitar el despliegue de la singularidad, entendiendo singularidad como aquello próximo a lo inconsciente. Es así como estas expresiones de malestar aparentemente dislocadas, tal como el carácter del sueño, en el marco de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica hacen signo de lo inconsciente, concibiéndolas por lo tanto como expresiones con extrema riqueza psíquica.

El presente documento es fruto de un trabajo teórico-clínico con fundamentación psicoanalítica. Entendiendo este par teoría-clínica como un continuo que fluye en ambas

direcciones, no con un orden cronológico y sistematizado, sino como un ir y venir entre ambos. En este sentido, de manera didáctica se dirá que un primer tiempo es el de la clínica misma, es decir, la intervención a partir de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica con mujeres hospitalizadas durante el posparto inmediato, privilegiando la atención a la singularidad; en un segundo momento, a través de la escucha y los circuitos transferenciales puestos en marcha en la Universidad, esta vez el clínico en tanto investigador se plantea ciertos cuestionamientos a manera de enigmas clínicos, los cuales guían el trabajo de investigación. Estos dos momentos no se separan en un orden cronológico, se entienden más bien como dos momentos de un mismo proceso, en este sentido, son de sangre mezclada tal como lo entiende Le Poulichet (2004). Así, a partir de la puesta en marcha de este dispositivo, el eje que guio el trabajo de investigación fue la pregunta por el malestar de estas mujeres. ¿Cómo es que un evento como el posparto deviene ocasión de malestar? ¿Qué procesos psíquicos se ponen en marcha?

Finalmente, este documento constituye un esfuerzo por dar cuenta a partir de los fundamentos de la teoría y clínica psicoanalítica de este singular malestar, denominado frecuentemente en la literatura como el baby-blues del posparto inmediato. Se apuesta por concebir este malestar más allá de ordinario y común, como un signo de lo inconsciente, que en ocasión del posparto parecer insistir con toda su fuerza, provocando en estas mujeres la sensación de que hay algo que evidentemente está fuera de su control, algo que las sobrepasa.

INTRODUCCIÓN

Se parte de la premisa de que el presente documento es fruto de un trabajo tanto teórico como clínico con fundamentación psicoanalítica. Teoría-clínica se entiende como un mismo proceso, el cual no es susceptible de diseccionarse, entendiéndolo más bien como un continuo que fluye en ambas direcciones, es decir, como un constante ir y venir entre ambos extremos. El trabajo clínico tuvo como escenario el Hospital del Niño y la Mujer de la ciudad de San Luis Potosí, específicamente, el área de Alojamiento Conjunto¹. A continuación se detalla el contenido de este documento el cual se organiza en cuatro apartados con fines didácticos y metodológicos.

En el capítulo uno, destinado al diagnóstico situacional, se aborda detalladamente las precisiones necesarias en relación al contexto de intervención con la finalidad de considerar la pertinencia de la puesta en marcha del dispositivo. Se hace una descripción minuciosa en torno a los antecedentes históricos de la institución, la misión y visión, así como la infraestructura del área de Alojamiento Conjunto y respecto al personal que ahí labora. En las conclusiones se presenta una argumentación en relación a la problemática, es decir, en torno al malestar invisibilizado de ciertas mujeres durante el posparto, colocando de esta manera un punto de partida que justifica la pertinencia de la intervención clínica. Finalmente se presenta un esbozo de la propuesta de intervención desde fundamentos psicoanalíticos a manera de introducción.

El capítulo dos está destinado a la argumentación en torno al dispositivo de intervención así como a la propuesta específica del diseño. En primer lugar se lleva a cabo una reflexión teórica alrededor de la noción de dispositivo en psicoanálisis. Específicamente se acude a la propuesta de Rojas y Vega (2008) respecto al dispositivo psicoanalítico para después, a partir del cuestionamiento sobre cómo evitar la trampa de universalización, sistematización e

¹ En dicha área se concentra a los llamados binomios madre-hijo para ser monitoreados médicamente durante el posparto.

instrumentalización del dispositivo psicoanalítico se echa mano de los aportes de Ménard (2011) para quien la noción de contingencia atraviesa al dispositivo. De esta manera, en un intento de tejer un puente entre ambas propuestas, las cuales tienen como fundamento principalmente los desarrollos de Foucault y Deleuze, se arriba a concebir el dispositivo con fundamentación psicoanalítica como: a) lo que da cuenta de una red de elementos de la clínica psicoanalítica anudados, b) que no implican un procedimiento a repetir, ni una sistematización a priori y c) que crean condiciones de posibilidad. Finalmente, se propone que el dispositivo con fundamentación psicoanalítica se encuentra atravesado por lo contingente, es decir, lo inesperado, aquello que puede o no puede ser, lo cual le otorga la cualidad de irrepetible a cada dispositivo, no susceptible de sistematización; en sentido estricto, la singularidad se entiende aquí como dimensión radicalmente contingente en tanto próximo a lo inconsciente. Es esta apertura hacia la contingencia, apertura sustentada en los elementos propios de la teoría-clínica psicoanalítica, lo que crea las condiciones de posibilidad para la emergencia, en este caso, de la singularidad.

En el capítulo tres se presenta un reporte conciso de la intervención. Se decidió abordar en este apartado algunas situaciones, experiencias, herramientas clínicas que por razones didácticas y de precisión no se abordaron en el diseño de la intervención pero que en la puesta en marcha del dispositivo jugaron un papel clínico importante.

Finalmente, el capítulo cuatro corresponde a la evaluación de la intervención. Se lleva a cabo en primer lugar una reflexión teórica respecto a los términos a partir de los cuales se entiende en este trabajo la noción de evaluación. Se argumenta teóricamente desde los fundamentos psicoanalíticos freudianos la propuesta particular de evaluación, se echa mano también de aportaciones de autores contemporáneos tales como Singer (1998), Le Poulichet (2004), Mijolla-Mellor (2004), Figueiredo (2004), Jardim y Rojas (2010), Magtaz y Tosta (2012),

entre otros. Se propone una evaluación en dos tiempos. Un primer tiempo de la experiencia clínica en sí misma, cuyo proceso de evaluación es continuo y se lleva a cabo a través de la supervisión de la práctica clínica tanto en el hospital como en los diferentes espacios que comprende la Universidad, así como también a través del análisis personal del clínico. Un segundo tiempo en el cual se echa mano de la teoría para dar cuenta de los enigmas de la clínica, esta vez por parte del clínico en tanto investigador. Se echa mano de la interpretación de caso propuesta por Magtaz y Tosta (2012), como metodología específica para este segundo tiempo. Se construyeron de esta manera cuatro ejes que permiten una lectura desde los fundamentos psicoanalíticos del malestar del posparto inmediato, fundamentalmente desde los planteamientos de Freud y Fédida. Dichos ejes son los siguientes: Eje I. Posparto inmediato, puesta en marcha del proceso primario; Eje II. Unheimlich, signo de malestar; Eje III. Procesos regresivos y plasticidad psíquica; Eje IV. “Ese fragmento del tiempo en estado puro” (Fédida, 2006, p. 103). Finalmente, en este mismo apartado se desarrollan algunos aspectos conclusivos, tanto teóricos como metodológicos y se plantean ciertas líneas de investigación que quedan abiertas para futuros trabajos.

CAPÍTULO UNO

Diagnóstico Situacional

Hay líneas de sedimentación, dice Foucault, pero también líneas de “fisura”, de “fractura”. Desenmarañar las líneas de un dispositivo es en cada caso levantar un mapa, cartografiar, recorrer tierras desconocidas, y eso es lo que Foucault llama el “trabajo en el terreno”.

Gilles Deleuze (1990)

Objetivos

- Conocer y dar cuenta de la organización interna general del Hospital del Niño y la Mujer de la ciudad de San Luis Potosí.
- Detectar las necesidades y demandas manifestadas tanto por el personal médico como por las pacientes derechohabientes del hospital que sean motivo de atención clínica.
- Evaluar la pertinencia de la puesta en marcha de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica para la atención de las necesidades y demandas de atención clínica detectadas.

Metodología e Instrumentos del Diagnóstico

Acudiendo a la definición de la palabra metodología, se encuentra que el origen griego de la palabra hace referencia a: *metà* (más allá), *odòs* (camino) y *logos* (estudio). De tal manera que la metodología indica el estudio del camino que conduce a una meta. En este sentido, se define entonces como el conjunto de procedimientos que conducen a una meta u objetivo. Sujetándose estrictamente a esta definición, a continuación se describe el conjunto de procedimientos propuestos para arribar a los objetivos planteados para este diagnóstico. Es preciso antes de

comenzar a describir tales procedimientos, hacer un breve recorrido a través de lo que se en este trabajo se entiende por diagnóstico situacional.

Hablar de diagnóstico situacional remite a una línea teórica denominada Enfoque Situacional o Contingencial, el cual en la actualidad es frecuentemente utilizado en el ámbito de la administración para dar cuenta de las circunstancias ambientales y tecnológicas que influyen en una organización, entendiendo éstas circunstancias ambientales como contingentes, es decir, variables, y las circunstancias tecnológicas como condiciones un tanto más estables del contexto.

La noción de contingencia es determinante para el presente trabajo, se hace referencia a ella no desde el marco de la administración, el cual es uno de los campos de aplicación, se toma en su lugar un referente más amplio, el de la filosofía. Así, de acuerdo con Aristóteles el principio de contingencia es aquello que podría ser o no ser, mientras que lo necesario es aquello que no puede no ser. De manera que, siguiendo el recorrido que David-Ménard (2011) hace de este principio en la filosofía, la contingencia es aquello que sobreviene y no es integrable a la cadena causal anterior, de donde sin embargo, se produce. A diferencia de la filosofía que concibe la contingencia en su negatividad, esta autora la entiende en cambio como una palanca de transformación.

Llevar a cabo un diagnóstico situacional supone tener presente el principio de contingencia, requiere definir aquellos elementos tanto del orden de lo no variable, de lo estable, de lo permanente, de lo necesario, pero supone también, dejar abierta la posibilidad de aquello que es inesperado, no previsto, en constante movimiento y cambio, siendo éstos últimos elementos susceptibles de ser utilizados como una palanca de transformación, pero de los cuales se dará cuenta a posteriori, una vez que se hayan presentado, a manera de formalización.

A continuación se describen el conjunto de herramientas y técnicas utilizadas:

Entrevistas:

- Entrevista abierta con la coordinadora del Área de Desarrollo Organizacional.
- Entrevistas abiertas con algunas personas integrantes de la institución con quienes se consideró pertinente: médicos a cargo del servicio de Alojamiento Conjunto, enfermeras del área, trabajadoras sociales, personal administrativo, puericultoras.
- Entrevistas clínicas con pacientes del área de Alojamiento Conjunto que se encuentren en situación médica de posparto inmediato.

Búsqueda y revisión de documentos oficiales descriptivos de la institución en los siguientes departamentos:

- Departamento de Estadística.
- Departamento de Desarrollo Organizacional.

Visita guiada a través de las distintas áreas del hospital, con la finalidad de conocer el personal a cargo y el funcionamiento de cada área.

Observación directa de las instalaciones, del funcionamiento tanto explícito como implícito del hospital, en particular, del Área de Alojamiento Conjunto.

Contenido

Datos generales de la institución.

Lugar: Hospital del Niño y la Mujer

Dirección: Boulevard Antonio Rocha Cordero # 2510 Fraccionamiento San Juan de Guadalupe

Coordinador del Área de Desarrollo Organizacional: Lic. Nayhelli Sánchez Pancardo

Responsable del Área de Enseñanza, Capacitación e Investigación: Dra. Ma. Juliana Montes

Ávila

Tels. y fax: 8-20 83 87

“Misión: Nuestra razón de ser... [sic] Para trascender otorgar un servicio integrado a la población con responsabilidad, honestidad y respeto; bajo un enfoque de riesgo, que disminuya la morbi-mortalidad materno-infantil ¡Tu salud es Nuestro Compromiso de Vida!”

Visión: En 2015 el Hospital del Niño y la Mujer convertido en una unidad docente asistencial soportada por un equipo de profesional calificado atendemos a la población materno infantil considerando un modelo de atención con enfoque de riesgo y priorizando la seguridad, con responsabilidad, honestidad y respeto. ¡Utilizamos la tecnología del futuro para resolver tu presente!” (Jefa del departamento de Desarrollo Organizacional del Hospital, comunicación personal, Enero 2012).

Antecedentes históricos. El hospital Materno Infantil, Dr. Alberto López Hermosa, fue inaugurado el 4 de Octubre de 1963 por el C. presidente de la república Lic. Adolfo López Mateos, con ubicación en aquel entonces en la calle 5 de mayo con número 1485 en la ciudad de San Luis Potosí, formando parte de la estructura de los servicios coordinados de salud pública en el estado de San Luis Potosí, prestando servicios principalmente en las áreas de pediatría y sanitarias de San Luis Potosí y Soledad de Graciano Sánchez.

Inició sus actividades con 50 camas censables y prestando servicios exclusivos de Materno-Infantil. En Noviembre de 1989 se inicia el funcionamiento de las áreas de urgencias pediátricas y gineco-obstétricas. En el año de 1993 cuenta con 75 camas censables de las cuales 29 están destinadas a gineco-obstetricia, 4 preescolar, 10 lactantes, 10 neonatología mediano riesgo y 4 en cirugía además 22 camas no censables distribuidas, 12 en urgencias, 6 en recuperación y 4 en labor.

En 1995 se consolida el programa de lactancia materna y en noviembre del mismo año es certificado el hospital por la UNICEF, OMS y SSA como Hospital Amigo del Niño y de la Madre por cumplir con los diez pasos para una lactancia natural exitosa. En Marzo de 2004 se creó el AMMI (Área de Monitoreo Materno-Infantil) que permite dar la atención las 24 horas a mujeres con embarazo de alto riesgo. Debido a la gran demanda de los servicios de salud materno infantil y a que cada día su cobertura era insuficiente, el 17 de noviembre de 2009 se inaugura el hospital en su ubicación actual, bajo el nombre de Hospital del Niño y la Mujer otorgando atención médica a la población potosina que no cuenta con Seguridad Social, así como aquella incorporada al Seguro Popular.

Actualmente el hospital cuenta con los siguientes servicios: gineco-obstetricia, pediatría, unidad de cuidados intensivos neonatales, odontopediatría, ortopedia de adultos, ortopedia pediátrica, psicología, gastroenterología, cirugía reconstructiva, oncología quirúrgica, planificación familiar, nutrición, medicina preventiva, clínica de lactancia materna y detección de cáncer cérvico uterino y de mama.

Descripción breve del escenario hospitalario y del personal del área.

Respecto al espacio. Existen dos grandes áreas en las cuales se distribuyen los servicios que ofrece el hospital: el área de consulta externa y el área de hospital propiamente dicha. Para los fines del presente diagnóstico el área que corresponde describir es la de hospital. Dentro de esta área existen igualmente una serie de servicios:

- Planta baja: corresponde a cuidados intensivos, toco-cirugía y pediatría (área de labor y recuperación)
- Primer piso, se distribuyen dos áreas: área de monitoreo materno-infantil (AMMI) y el área de Alojamiento Conjunto.

- Segundo piso: área de cuidados intensivos neonatales.

Específicamente, la demanda inicial de atención clínica que se nos dirige por parte del personal de la institución es hacia el área de hospital, concretamente Alojamiento Conjunto, donde se concentra a las mujeres en situación de posparto inmediato, quienes se encuentran en recuperación médica y otorgando los primeros cuidados a su bebé. Esta área hospitalaria funge como área de monitoreo médico tanto de las madres como de los bebés, el período de estancia en dicha área es de 1 a 3 días por lo general, es decir, si médicamente tanto la madre como el bebé gozan de buena salud, en caso contrario, la estancia en el hospital se prolonga dependiendo del diagnóstico y tratamiento médico. Cuenta con seis cuartos llamados aislados, los cuales son cuartos independientes que cuentan con su propio baño. Su uso en sentido estricto es para madres con sus bebés que requieren cuidados especiales y por lo tanto estar en aislamiento, sin embargo, suele ser utilizado para alojar a mujeres que han pasado por proceso de cirugía para retirarles la matriz o en su caso dada la demanda del hospital, para madres con sus bebés que incluso no requieran cuidados especiales. Cuenta también con cinco pabellones, cada uno de ellos cuenta con 3 camas divididas por cortinas cada una de ellas. Estos pabellones, especie de cuartos compartidos cuentan con un solo baño. Es importante señalar que ésta área es destinada para mujeres con sus bebés, sin embargo, en ocasiones suelen alojar también a mujeres que han pasado por proceso de aborto y legrado.

El área cuenta con un control de enfermeras, cada enfermera tiene a su cargo cierto número de pacientes, ellas se encargan de recibir a las pacientes que vienen directamente del área de toco-cirugía, así como de la administración de los medicamentos indicados por el médico, el monitoreo de las pacientes, entre otras labores. Este control de enfermeras funge como primer

filtro hacia el acceso a las pacientes, a cada enfermera se le asigna cierta cantidad de pacientes. Existe entre ellas la encargada de supervisar su trabajo, a quién denominan jefa de enfermeras.

Existe un cuarto de baño para los bebés, las enfermeras son quienes llevan a cabo el aseo diario de los bebés, se invita a las madres para que estén presentes durante el baño de sus bebés, para que hagan labor de observación y puedan expresar las dudas que tengan al respecto.

Médicos y residentes cuentan además con espacio destinado para reuniones, elaboración de notas clínicas, integración de expedientes e historiales clínicos.

Se puede acceder al área de Alojamiento Conjunto a través de dos vías, una destinada para el acceso de personal ajeno a la institución como son los familiares, y el otro acceso es para el personal de la institución. Por políticas de salud, ninguna paciente puede estar en compañía permanente de algún familiar. Existe un formato de visitas de familiares, 2 veces por día, un familiar a la vez.

Respecto al personal. A continuación se hace una breve descripción del personal de la institución que generalmente, debido a sus funciones, tiene acceso al área en cuestión.

Se cuenta con un médico gineco-obstetra a cargo del área, quién realiza 2 visitas médicas con las pacientes por día, una por la mañana y una vez por la tarde. El pediatra por su parte lleva a cabo el mismo número de visitas por día. Además de los médicos, las enfermeras juegan una importante función dentro del área y en general dentro del hospital, son el primer contacto antes de pasar directamente con las pacientes. Algunos otros profesionales que dado su ámbito profesional tienen injerencia en el área son: personal de trabajo social, personal de puericultura, de clínica de la lactancia, el director del hospital así como personal de área de calidad y personal del módulo de violencia.

Detección de necesidades y/o demandas de atención clínica. El punto de partida son dos hechos, por un lado suscribir que existe una demanda de atención psicológica por parte de la institución, y por otra parte es preciso indicar que el enfoque a partir del cual se dará atención a dicha demanda es un enfoque clínico con fundamentación psicoanalítica.

Se subraya lo anterior dado que define, en primer lugar, un tipo específico de trabajo, es decir, no se abordará la demanda ni desde un enfoque educativo, ni social, ni médico, ni pedagógico, ni asistencial, ni de orientación, puesto que existen otros agentes que se encargan de llevar a cabo dicho trabajo. Segundo, al ser un enfoque clínico el que se nos demanda, he aquí la cuestión, ¿A partir de que referente teórico-clínico dar respuesta a dicha demanda? ¿Cómo estructurar un modelo de intervención acorde a la demanda y el contexto?

La demanda de atención psicológica específicamente en el área de hospital responde al hecho de que no existe un departamento de psicología como tal dentro del hospital, en cambio existen en su lugar módulos en los cuales tiene injerencia la labor del psicólogo, tales como: el módulo de adolescentes, el módulo de prevención de violencia, y el módulo de lactancia materna. De esta manera, en ausencia de un departamento de psicología en el hospital, quienes llevan a cabo la labor de atención clínica en dicha área son los practicantes de licenciatura en psicología y los residentes de maestría, coordinados a través del área de desarrollo organizacional.

Si bien la demanda explícita de atención clínica no logra concretarse, *hay algo* que el personal médico y administrativo mismo reconoce como fuera de su campo de acción, ese algo se traduce bajo la forma de un cierto tipo de malestar subjetivo que algunas mujeres manifiestan, ya sea en relación a sí mismas, a sus primeros contactos con el bebé, a la condición médica tanto del bebé como de ellas, entre otros. Malestar manifestado generalmente a través de quejas, llantos, silencios, en algunas ocasiones una negativa a hablar, así como también lo que el personal

médico denomina como *pacientes aprensivas*, categoría bajo la cual se ubica a todas aquellas pacientes que experimentan crisis de llanto, que son volubles, que manifiestan una preocupación excesiva o angustia intensa.

Conclusiones

Consideraciones finales del diagnóstico situacional-consideraciones iniciales de la propuesta de intervención clínica. Es importante describir tres condiciones que se desprenden a partir de este proceso diagnóstico y que constituyen el punto de partida de la propuesta de intervención.

La primera condición tiene que ver con el tipo de intervención, que a su vez es el fundamento y terreno de base de las dilucidaciones posteriores. Es importante esclarecer que el campo del saber en el cual se sitúa el presente trabajo de investigación es el campo psicoanalítico. La segunda condición hace referencia al contexto en el cual se pondrá en marcha la intervención clínica. Dicho contexto es el hospitalario, el cual dista mucho del escenario clásico de la cura analítica, sin embargo, comparte una condición que para los fines de este trabajo se considera nodal, nos referimos al malestar subjetivo por el que se atraviesa en escenarios hospitalarios. Finalmente, la tercera condición a mencionar tiene que ver más precisamente con la situación clínica particular, es decir, con la situación de posparto inmediato en la que se encuentran las mujeres a quienes se les brindó la atención clínica.

A estas condiciones, habrá que añadirse otra serie de puntualizaciones que funcionan igualmente como contexto inicial de la intervención clínica:

- 1) No existe un espacio concreto para la atención clínica en el área de hospital (se entiende como área de hospital el lugar donde se concentran las mujeres en las camas a diferencia por ejemplo del área de consulta externa), dada la lógica misma de ésta área. En este

sentido, se comparte el espacio con otros profesionales. Se piensa por ejemplo, que es un mismo espacio que se comparte con el médico que revisa a la paciente, en el que la enfermera hace el chequeo necesario, en el que el pediatra revisa el recién nacido, en el que la trabajadora social entrevista a la paciente a la vez que le habla de los métodos anticonceptivos. Por lo que, pensar la posibilidad de la puesta en marcha de un dispositivo clínico con fundamentación psicoanalítica tendrá que suponer la consideración de la atención en este escenario, al lado de la cama de las pacientes, en un espacio heterogéneo en el que se conjugan tiempos y lógicas de diverso orden.

- 2) No se cuenta con un tiempo exclusivo para el desarrollo de una sesión clínica dado que este espacio heterogéneo se comparte con los tiempos y quehaceres del personal médico. Esto es, el tiempo que se juega en el escenario hospitalario es un tiempo regido bajo la lógica médica, incluso bajo la lógica de la urgencia, de cosas por hacer y de procedimientos por realizar, por lo tanto, el posibilitar la emergencia de un espacio para la palabra y la escucha tendrá que tomar en consideración esta otra lógica, la del tiempo del hacer médico.
- 3) En efecto, existe una demanda de atención psicológica que precede a nuestra presencia en la institución. Concretamente, una demanda de atención psicológica a pacientes del área de hospital, demanda referida ya sea por el personal médico o por las pacientes mismas.
- 4) Esta demanda emerge debido a la ausencia de un departamento de psicología central que cubra las necesidades de atención clínica en el área de hospital. En su lugar, existen programas establecidos que ofrecen servicios de atención psicológica a determinada población, tal es el caso del programa de prevención de violencia y el programa de atención al adolescente. Es el departamento de desarrollo organizacional, a través de los practicantes

de licenciatura y residentes de maestría quienes se encargan esporádicamente de atender la demanda del área de hospital.

5) Dicha demanda de atención psicológica se dirige a cierta población específica, que para fines prácticos se agrupan de la siguiente manera:

- Mujeres que han atravesado por un evento de pérdida gestacional.
- Mujeres que presentan alguna complicación médica como presión arterial alta, o alguna situación médica de riesgo.
- Binomios separados, bajo esta categoría se concentra a mujeres que se encuentran separadas de sus hijos por alguna complicación médica tanto de ella y/o de su bebé.
- Mujeres-madres adolescentes, quienes se encuentran catalogadas por la institución como población en riesgo, debido a que la institución considera el embarazo adolescente como un problema de salud pública.
- Mujeres a quien el personal médico denomina mujeres aprensivas, con este calificativo se describe a mujeres que manifiestan algún tipo de queja, ya sea en relación al trato por parte del personal médico y de enfermería, manifestación de miedos y preocupación excesiva en relación a su propia salud o la de su bebé, presentan llanto, vulnerabilidad, dificultades con los primeros cuidados del bebé, sobre todo con la lactancia, presentando algunas de ellas una negativa a hablar.

Finalmente, ésta última situación clínica es la que constituyó el objeto de interés, dado el carácter enigmático de un fenómeno para el cual en apariencia no existe motivo alguno para tal manifestación de malestar, son casos en los que tanto la madre como el bebé se encuentran médicamente sanas, sin embargo, existe evidentemente algo ahí que las sobrepasa, manifestándose de diversas formas. En territorio médico, estas manifestaciones suelen ser objeto

de descredito e incredulidad, calificándolas además como manifestaciones ordinarias, leves o comunes del posparto. Por lo tanto ésta fórmula de mujeres aprensivas convalida el descredito, restando importancia a esta experiencia singular por la cual atraviesan estas mujeres. En este escenario, cabe entonces preguntarse ¿Qué es lo que convoca el malestar en estas mujeres? ¿Es un malestar ordinario, común? ¿Existen parámetros para considerar la pertinencia de la atención clínica a estas pacientes? De ser así, esto equivaldría a considerar que pueden pensarse parámetros para validar y/o desacreditar su malestar.

De igual forma, existe otro grupo de mujeres cuyo malestar es invisibilizado por no presentar ningún signo ni característica visible que permita detectar la necesidad de atención clínica. Fue posible hacerlo gracias a la puesta en marcha de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica, el cual privilegia la palabra de las pacientes y lo que éstas dicen en torno a su malestar. Se justifica entonces la pertinencia del dispositivo fundamentalmente por la existencia de este malestar que manifiestan las mujeres en el postparto, ya sea a través de una manifestación evidente o en su caso, un malestar silencioso. Malestares diversos y quejas diversas desencadenadas por este evento particular del parto y toda la violencia física y psíquica que de ello deriva, anudado al proceso mismo de hospitalización y todo lo que ello conlleva. En suma, la confirmación según la cual ciertas mujeres atraviesan por un malestar en ocasión del posparto inmediato, el cual suele ser objeto de incredulidad y banalización, justifica la puesta en marcha de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica que privilegia la atención a la singularidad.

Habrá que añadir que es desde esta situación clínica particular y a partir de la puesta en marcha del dispositivo que emergen una serie de cuestionamientos en torno al trabajo psíquico que es convocado en las mujeres en ocasión del posparto. En efecto, la situación de hospitalización anudada al intenso trabajo psíquico que convoca el traer un hijo al mundo,

desencadena toda una serie de experiencias subjetivas que merecen ser analizadas. Esto es lo que en la literatura se conoce como el blues del posparto inmediato, ¿Qué es el baby-blues? ¿Cuáles son sus manifestaciones clínicas? ¿Requiere cierto tipo de atención clínica?

Es por esto que, en los siguientes apartados se harán unas cuantas precisiones fenomenológicas en torno al blues del posparto inmediato, se acudirá a algunos aportes encontrados en la literatura, para arribar en el último apartado, a las manifestaciones singulares propias de las pacientes en cuestión.

El devenir madre y la disposición psíquica que convoca. Antes de ahondar en las precisiones teórico-clínicas en relación al tema en cuestión, es decir, en relación al intenso trabajo psíquico que suscita el blues del posparto inmediato, se hará un breve recorrido en torno a algunas aportaciones respecto a la disposición psíquica particular que convoca el estado de embarazo y el posparto en general, lo anterior a manera de contextualización, pues sin duda son antecedentes importantes que de alguna manera han de anudarse con la experiencia del blues en el posparto inmediato, dicho anudamiento es en realidad la cuestión a dilucidar.

La disposición psíquica materna ha sido tema de interés en realidad desde hace bastante tiempo, ésta ha sido una interrogante desde hace más de un siglo. Esquirol (siglo XIX; citado en Bydlowski, 2008) ya proponía que existía una llamada folie de l'accouchée². Su alumno, Marcé (1858, citado en Bydlowski, 2008) registra un gran número de casos psiquiátricos maternos. Durante ese tiempo, estos casos eran explicados a partir de lo que se denominaban las fièvres de lait³ (complicaciones infecciosas del parto, actualmente inexistentes), hasta que progresivamente se fueron reconociendo los accidentes psiquiátricos peri y postnatales. Marcé (1858, citado en Riazuelo, 2003) se interrogó en su tiempo sobre las disposiciones morales de las mujeres

² La locura de la nueva madre o la locura de la parturienta

³ Fiebres de leche

embarazadas, describió al embarazo como “un de ces états physiologiques dans lesquels le système nerveux peut acquérir une mobilité et une impressionnabilité excessives” (p. 99) [uno de los estados fisiológicos en los cuales el sistema nervioso puede adquirir una movilidad y una impresionabilidad excesivas].⁴

En esta misma línea, Bibring (1959, citado en Riazuelo, 2003) hace énfasis en la tendencia de las mujeres embarazadas para evocar muy libremente sus fantasmas al punto de considerarlas como personalidades límites. Green (1980) por su parte habla sobre la folie maternelle⁵, la cual de acuerdo con este autor se califica como un estado normal, describiéndola como un período de remodelación completa de la vivencia de lo femenino, de la relación de la mujer con el mundo así como en la organización de sus percepciones. Raphael-Leff (1993, citado en Riazuelo, 2003) describe una cierta perméabilité de l'inconscient⁶ y describe algunos otros fenómenos similares en la mujer embarazada. Finalmente, este estado es definido por Bydlowski (1997) con el término de transparence psychique⁷. Término por medio del cual esta autora señala que el embarazo es el momento de un estado de susceptibilidad en la mujer donde fragmentos de lo inconsciente vienen a la conciencia. Añade también que la mujer embarazada hace una correlación entre la situación de gestación actual y las memoraciones infantiles, lo anterior sin que por esto sea levantada la censura.

El estado de embarazo, siguiendo los aportes de los autores anteriores, se considera entonces como un momento de vida en el cual puede hablarse de cierta disposición psíquica particular en las mujeres. Ahora bien, para los fines que esta revisión teórica persigue ¿Qué eje común anuda las aportaciones de estos autores? Aunque con distintas definiciones, ya sea que se

⁴ N. de T. La traducción es hecha por la autora, así como todas las que aparecen a lo largo de la tesis.

⁵ Locura materna

⁶ Permeabilidad inconsciente

⁷ Transparencia psíquica

le nombre movilidad o permeabilidad psíquica, permeabilidad inconsciente, tendencia a evocar libremente sus fantasmas, locura materna o transparencia psíquica; estas aportaciones señalan un punto nodal: un estado psíquico particular, cuya tendencia es la evocación de material psíquico inconsciente. Por lo tanto, este estado psíquico particular por el cual se atraviesa las durante el embarazo ¿Puede prologarse más allá de éste? ¿Qué huellas deja tras de sí en el posparto? ¿De qué manera se anuda a la experiencia del blues del posparto inmediato?

Colocando un punto de partida: el blues del posparto inmediato. A continuación se presenta de manera sucinta alguna literatura en torno al blues del posparto. Posteriormente se articulará lo encontrado en la literatura con las manifestaciones psíquicas de las pacientes hospitalizadas.

El baby-blues es considerado como un evento emocional incomprensible que experimentan ciertas mujeres durante el posparto inmediato. Bydlowski en su texto “Les dépressions maternelles en question” (2008) hace un recorrido a través de los trabajos en relación a la epidemiología del fenómeno por parte de la escuela anglosajona. Así, la definición clínica más frecuente del blues posparto hace referencia a un estado no patológico, de duración breve (de horas a días). Otras definiciones más precisas indican que este blues se desarrolla del segundo al décimo día después del parto, con picos de intensidad en el tercer y quinto día el cual cesa espontáneamente en unos diez días. (H. Kennerley, D. Gath, 1989; A.L. Sutter et al., 1995; citado en Bydlowski, 2008). Es llamado también disforia o el síndrome del tercer día. El término blues cuyo significado es melancolía o tristeza hace referencia a las melodías nostálgicas cantadas por los esclavos que eran trasladados a Estados Unidos provenientes de la costa occidental de África.

El cuadro clínico es dominado por labilidad emocional, caracterizándose por un llanto esporádico, cambios de humor, confusión, tristeza súbita y transitoria, seguida a los días en que

supone debería celebrarse un evento feliz. En este sentido, el llanto es el emblema del blues según Kennerley y Gath (1989; citado en Bydlowski, 2008). Es experimentado por casi la mitad de las mujeres durante el posparto inmediato, se trata de un momento emocional incomprensible y sin gravedad. Los síntomas del blues son inhabituales para las mujeres que los presentan; su aparición presenta frecuentemente un carácter insólito para las mujeres que no se reconocen en sus cambios de humor y no encuentran explicación razonable a su tristeza y a sus lágrimas (Pitt, 1968; Kennerley, Gath, 1989; citado en Bydlowski, 2008).

Una vez hecho este breve recorrido descriptivo, se propone analizar detenidamente estos aportes. En primer lugar, los adjetivos que describen este fenómeno resultan bastante esclarecedores, uno de ellos señala que el blues del posparto es considerado como un evento emocional incomprensible, se le califica de esta manera debido a los ideales y expectativas sociales que se tienen respecto a la llegada de un hijo. Socialmente se espera que la llegada de un hijo sea un evento lleno de felicidad y dicha, con esto no se pretende afirmar que para algunas mujeres no lo sea, sin embargo, es preciso señalar también el resto de afectos que son suscitados además de la felicidad y dicha. Es menester aclarar también que no todas las mujeres experimentan el baby-blues, habrá algunas mujeres que dada su estructura psíquica, la llegada de un hijo, a pesar del dolor y sufrimiento físico, puede ser experimentada con placer, es decir, son mujeres capaces de libidinizar dicha experiencia. Sin embargo, no siempre este evento es acompañado de afectos placenteros, tal como lo señala Rochette (2005), en el posparto inmediato, la imagen de padres llenos, completos y de bebés radiantes no corresponde generalmente ni a la realidad íntima de los sujetos ni a las situaciones clínicas que encontramos en nuestra práctica en perinatalidad. De manera que, el blues del posparto inmediato, ¿es en realidad un evento emocional incomprensible? o en su caso, ¿qué otras lecturas pueden hacerse

de este fenómeno? Es ahí a donde se dirige esta investigación-intervención, no se pretende tomar parámetros sociales para calificar dicho evento, en su lugar, más que definirlo como incomprensible se le considera en su dimensión de enigma.

Otro de los calificativos lo señala como un evento de carácter insólito, lo cual va de la mano con el hecho de ser considerado como un evento no motivado por las circunstancias exteriores. Definirlo como un evento de no gravedad ¿no resta acaso importancia a la experiencia subjetiva de las mujeres que lo experimentan?

La clínica con mujeres hospitalizadas durante el posparto inmediato muestra un panorama que se aleja de los calificativos anteriores, siguiendo a Mellier y Rochette (2009), es un momento en el que se asiste a un demasiado del nacimiento: a lo sensorial misterioso que no tiene precursor, a una violencia pulsional potencial, a la extrañeza de un encuentro. Entre demasiado o no suficiente, las experiencias están mezcladas, en eso que se parece más a un magma emocional que a verdaderos sentimientos. El blues del posparto inmediato es entonces una experiencia singular, la de cada mujer dada su propia estructura psíquica es decir, su singularidad.

Cartografiando el terreno: indicios de malestar en pacientes hospitalizadas durante el posparto inmediato. La puesta en marcha del dispositivo de la palabra y la escucha, herramientas propias del dispositivo clínico de intervención con fundamentación psicoanalítica, han servido a su vez como herramientas diagnósticas. Es de esta manera que pueden nombrarse algunas de las manifestaciones subjetivas derivadas del trabajo clínico inicial.

Este apartado tiene la finalidad de dibujar un panorama general de la experiencia que las mujeres atraviesan en el hospital durante el posparto inmediato, en las primeras 24-72 horas después del parto. No se pretende llevar a cabo ninguna especie de nosografía, ni clasificación, ni diagnóstico clínico de ningún tipo dado que no es la finalidad del presente proyecto, sin embargo,

se considera que es importante señalar estas manifestaciones en virtud de la utilidad didáctica que representan.

Es importante subrayar además, que mostrar estos hallazgos comprende apenas un objetivo descriptivo inicial más que explicativo. A continuación se detallan estos hallazgos clínicos iniciales:

- Rememoración de eventos pasados dolorosos:

Es muy común que al dar lugar a la palabra, el discurso que guía a ciertas pacientes sea en relación a eventos de su vida pasada generalmente dolorosos. Llevan a cabo una especie de relato autobiográfico, en el cual incluyen eventos difíciles, tales como: la muerte de algún ser querido, problemas fuertes y discusiones con familiares, eventos de violación, eventos en los cuales presenciaron violencia y/o fueron objeto de violencia, episodios pasados en los que algún bebé no se logró y atravesaron por un legrado, separaciones dolorosas, etc.

- Miedos, temores, preocupaciones:

Los avatares propios del trabajo físico y psíquico que representa el dar a luz aunado a la travesía por las condiciones hospitalarias, pone en juego ciertas condiciones que desencadenan miedos, temores y preocupaciones. Una de estas condiciones es el hecho de atravesar toda esta experiencia sin la compañía de ningún familiar, desde el momento en que son ingresadas en el hospital, estas mujeres pierden todo contacto con sus familiares, vuelen a encontrarse con ellos una vez pasado el parto, cuando ya se les permite recibir visitas. Algunas mujeres manifiestan sentir un gran miedo a la muerte justo en los momentos más intensos del parto o al entrar al quirófano en el caso de aquellas a quienes se les practicó una cesárea. Temen no volver a ver a sus seres queridos o, las que tienen

otros hijos, temen profundamente dejar a sus éstos huérfanos. Algunas de ellas manifiestan también una gran preocupación con respecto al tema de la salud en ambos. Se tiene además el temor de no cumplir con las expectativas de los familiares, ya sea en relación al sexo del bebé; o a quienes se les practicó una cesárea de urgencia, temen no haber hecho el esfuerzo suficiente y de alguna manera sienten haber fracasado.

- Quejas diversas:

Dentro del calificativo mujeres aprensivas que se utilizan para nombrarlas, se incluye a mujeres que manifiestan diversas quejas, ya sea en relación a los cuidados y atenciones por parte del personal hacia ella o hacia su bebé. Se quejan también de dolor físico, de cansancio y de fatiga, entre otros.

- Incertidumbre:

Esta se experimenta sobre todo durante los momentos del parto, por lo que es solo a partir de lo que las mujeres recuerdan de esos momentos como llegan a nombrarlo. Durante su estancia en el hospital existe una especie de pérdida de referentes temporales. Esto debido a que desde el momento en el que ingresan al hospital, pareciera que se suspenden en el tiempo hasta que vuelven a tener contacto con sus familiares. Esta especie de pérdida de referentes temporales genera un sentimiento de incertidumbre. El hecho de encontrarse frente a la urgencia durante el parto, el no saber qué es lo siguiente que pasará, cuál será el curso de la situación, siendo la contingencia aquello que prima, es decir, lo inesperado, suscita incertidumbre, incluso algunas pueden llegar a experimentar pérdida de control de la situación.

- Cuestionamientos, dudas:

Durante el posparto parecen precipitarse una serie de dudas respecto a la situación familiar, sentimental y de pareja que tienen su origen en otro tiempo, pero que durante el posparto se potencializan al igual que otra serie de eventos y afectos. Tiempo en el que emerge la necesidad de clarificar diversas situaciones, como si el parto fuese un momento quiebre, de ruptura, un parte-aguas a partir del cual se tuviesen que tomar decisiones importantes.

- Remordimientos:

Hace referencia a pacientes que manifiestan asuntos que no han quedado del todo resueltos con personas importantes en su vida. Se trata de rememoraciones con una evidente claridad y con una intensa necesidad de restaurar lazos con seres queridos, de decir aquello que no fue dicho.

- Cansancio y malestar psíquico y físico:

El cansancio en ciertas mujeres es un signo de malestar, el cual tiene una causa evidente pues han pasado por momentos de intenso dolor físico, se trata de un cansancio que tiene su correlato con un malestar psíquico. Esto se ve acrecentado por el hecho de pasar largas horas a solas con su hijo, sin hablar con ningún tercero, lo cual da rienda suelta a un sin número de fantasías, tal como ellas lo manifiestan *aquí sola uno nada más se la pasa pensando*, haciendo referencia a pensamientos angustiantes que les ocasionan malestar.

- Silencios:

Es menos frecuente, sin embargo, cuando se presenta en algunas pacientes es signo de alarma para el personal médico. Se trata de mujeres que responden de manera muy concreta, para los médicos estas pacientes *parecen no entender las instrucciones*. Es importante para la institución asegurarse de que la mujer comprende una serie de

instrucciones puntuales dadas por los médicos en relación a los primeros cuidados tanto del bebé como de ellas. Estas instrucciones son un protocolo médico que las madres deben seguir una vez que salen del hospital, tales como los períodos de vacunas, signos de alarma en el bebé y en ella, citas subsecuentes con el pediatra, entre otras. En caso de encontrar pacientes que presentan dificultades con los primeros cuidados del bebé y que no respondan a las preguntas e instrucciones médicas, de inmediato se considera como un signo de alarma.

Esbozo de un esquema de intervención para la atención a la singularidad de mujeres hospitalizadas durante el posparto. Una vez trazado el panorama general de la problemática y el contexto, se procede a introducir el modelo teórico que fundamenta y guía la intervención clínica.

Dicho modelo se inscribe en la propuesta freudiana, la cual fue pronunciada en (1923 [1922] 1976c):

Psicoanálisis es el nombre de: a) un procedimiento para la investigación de los procesos mentales que son inaccesibles por otros medios, b) un método para el tratamiento de los disturbios neuróticos y c) una colección de informaciones obtenidas a lo largo del transcurso y que gradualmente se acumula en una nueva disciplina científica (pág. 287).

Es importante señalar que aun cuando la propuesta de intervención tome como fundamento la teoría psicoanalítica, de ninguna manera debe entenderse que la intervención que se lleva a cabo sea considerada dentro de lo que se llama la cura clásica o análisis.

Sin embargo, Freud en 1919 en el texto “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica” señala lo siguiente:

(...) es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia a las masas nos veamos precisados a alear el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa, y quizás el influjo hipnótico vuelva a hallar cabida, como ha ocurrido en el tratamiento de los neuróticos de guerra. 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 (p. 163).

Uno de los elementos más importantes y a los que hace referencia Freud es la palabra, Elemento que Freud descubrió al abandonar la sugestión hipnótica. Al respecto en su texto “Tratamiento psíquico (tratamiento del Alma)” de 1890 ya adelantaba el poder de la palabra:

Un recurso de esa índole es sobre todo la palabra, y las palabras son, en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico. El lego hallará difícil concebir que unas perturbaciones patológicas del cuerpo y del alma puedan eliminarse mediante “meras” palabras del médico. Pensará que se lo está alentando a creer en ensalmos (...). Pero es preciso emprender un largo rodeo para hacer comprensible el modo en que la ciencia consigue devolver a la palabra una parte, siquiera, de su prístino poder ensalmador (p. 36).

Por lo tanto, de lo que se trata no es saber si la intervención clínica que se gesta en una institución es psicoanálisis o no lo es, pues de antemano se puede afirmar que no lo es, dado que el oro del psicoanálisis, es decir, el análisis mismo es aquel de la situación analítica clásica, no hay otro. Este oro puro en ocasiones tiene que llegar a hacer aleaciones con otros elementos, con la finalidad de producir y crear algo nuevo, conservado propiedades de origen, pero finalmente, adaptando nuevas.

En un contexto institucional mientras el sujeto espera escuchar, se le da la posibilidad de hablar, y en ese viraje, en esa convocatoria a la palabra, se puede enfrentar él mismo con su propio saber, si esto llega a instaurarse, se logra así un principio del discurso psicoanalítico, el despliegue de la singularidad. Es en este punto donde reside la diferencia sustancial entre psicoanálisis y psicoterapia, mientras el psicoterapeuta responde desde su saber referencial a la demanda del sujeto, es decir, desde su posición del saber, el analista no responde a la demanda, para convocar en cambio al saber inconsciente del sujeto. Para la intervención clínica en este contexto, se propone seguir las aportaciones de Costa y Siqueira (2002) quienes señalan que:

O que está em jogo é a possibilidade de se criar, no seio da instituição hospitalar, um espaço, uma fenda na qual o sujeito possa dar livre curso a sua palavra sem que a escuta a ela dirigida esteja orientada por ideais médicos de cura ou de reabilitação. Em algumas situações clínicas essa independência de campos é a própria condição de possibilidade para o trabalho psicanalítico (p. 21).

[Lo que está en juego es la posibilidad de crear, en el seno de una institución hospitalaria, un espacio, una rendija en la cual el sujeto pueda dar libre curso a su palabra sin que la escucha a él dirigida esté orientada por ideales médicos de cura o rehabilitación. En algunas situaciones clínicas esa independencia de campos es la propia condición de posibilidad para el trabajo psicoanalítico].

La consigna que guiará la intervención clínica es la posibilidad de crear un espacio para la palabra. Siguiendo con esta idea, el trabajo de Rojas y Vega (2008) titulado “Las posibilidades del dispositivo psicoanalítico en el medio hospitalario analizadas a partir de una experiencia realizada en México” confirma lo bien fundamentado de la intervención con bases psicoanalíticas en instituciones. Para los fines del presente trabajo se hace énfasis en tres coordenadas para la

intervención clínica en la institución: 1) el dispositivo psicoanalítico da cuenta de una red de elementos de la clínica psicoanalítica anudados, 2) no implican un procedimiento a repetir, ni una sistematización a priori y 3) crean condiciones de posibilidad.

Resumiendo, se propone poner en marcha un dispositivo de intervención clínica con fundamentación psicoanalítica, en el entendido de que este tipo de intervención no implica un protocolo que permita una sistematización a priori, ni un procedimiento a repetir. En su lugar, se rige bajo la consigna de crear condiciones de posibilidad para la emergencia de una situación analítica a sabiendas de que la instauración de una situación analítica no es un evento controlable. Por lo tanto, asumiendo las condiciones propias del trabajo en un contexto hospitalario, se acota el trabajo a una premisa: la atención a la singularidad de mujeres hospitalizadas durante el posparto. Para lo cual se echa mano de los fundamentos teórico-clínicos que desde el psicoanálisis pueden servir para dicho objetivo.

CAPÍTULO DOS

Modelo de la Intervención

*El analista respeta la especificidad del paciente,
no procura remodelarlo según sus ideales
personales –los del médico-, y se alegra cuando
puede ahorrarse consejos y despertar en cambio
la iniciativa del analizado.*

Sigmund Freud (1923 [1922])

*[...] la sociedad humana tiene tan poca necesidad
del furor sanandi como de cualquier otro fanatismo.*

Sigmund Freud (1915 [1914])

Objetivos

Clínico:

- Proporcionar una atención a la singularidad de mujeres hospitalizadas durante el posparto inmediato mediante la puesta en marcha de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica.

Investigación:

- Llevar a cabo un trabajo de formalización teórico-clínico en torno a las implicaciones psíquicas que se derivan de la experiencia del posparto en mujeres hospitalizadas, develadas a partir de la puesta en marcha del dispositivo.

Modelo Teórico de la Intervención

¿Qué se entiende aquí por dispositivo con fundamentación psicoanalítica? El presente modelo de intervención, tal como lo introduce el título mismo, tiene como referente la teoría y por ende, la clínica psicoanalítica. Si bien se puede hacer un largo recorrido a través de lo que en la literatura se denomina como dispositivo psicoanalítico, es importante introducir un punto de

referencia que guiará las siguientes dilucidaciones. En este sentido se toma como referente uno de estos trabajos, el que lleva por título “Las posibilidades del dispositivo psicoanalítico en el medio hospitalario analizadas a partir de una experiencia realizada en México” de Rojas y Vega (2008). En dicho trabajo, se acuña la noción de dispositivo a los desarrollos propuestos por Foucault, para quien no hay en sí una única o precisa definición de dispositivo, sin embargo llega a referirlo como:

Un conjunto resueltamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, brevemente, lo dicho y también lo no dicho, éstos son los elementos del dispositivo (p. 3).

En este sentido, retomamos también la propuesta de Agamben (2006) para quien dispositivo hace referencia a la *disposición* de una serie de prácticas y mecanismos -conjuntamente lingüísticos y no lingüísticos- con el objetivo de hacer frente a una *urgencia* y de conseguir un efecto.

A continuación, desarrollamos lo que en particular proponen como dispositivo psicoanalítico, al respecto señalan que se entenderá como aquello de lo que el psicoanalista *dispone* para llevar al plano de lo simbólico lo que la enfermedad ha colocado como un Real, como aquello intangible que no logra atraparse con las palabras, pero que con ellas es posible poner un límite. Concretamente la propuesta toma forma bajo una serie de elementos de los que el psicoanalista dispone para hacer frente a la condición de malestar subjetivo que presentan los pacientes en escenarios hospitalarios. Dentro de los elementos que Rojas y Vega (2008) proponen se encuentran la transferencia, el grito, el silencio, la voz y la mirada, los cuales cobraron forma en un esfuerzo de formalización a posteriori y conforman lo que en su caso particular constituyó el dispositivo psicoanalítico. Con la finalidad de enriquecer y aportar elementos al quehacer del

clínico en escenarios distintos al de la situación ortodoxa, se puntualizan tres acotaciones que se consideran importantes para este fin.

La primera, cuando refieren que los elementos de un dispositivo en las circunstancias en las cuales se están planteando (medio hospitalario) son elementos que se encuentran anudados, es decir, que no se puede hablar de uno sin implicar a los otros.

Segundo, cuando dejan claro que

(...) el dispositivo no implica procedimientos sistemáticos ni predeterminados, no se establece *a priori*, lo que implica es dar lugar a la convocación de la palabra del paciente en lo específico de su singularidad, es decir, a la subjetividad en el plano discursivo y en la estructura del deseo (Rojas y Vega, 2008, p.16).

Líneas más adelante agregan que los elementos del dispositivo que proponen, no se plantean como los únicos, sino como los que resultaron de su experiencia particular de trabajo clínico.

Finalmente unas líneas más en particular donde señalan “(...) y así el dispositivo psicoanalítico, o sea, los recursos de los que un psicoanalista puede disponer adquieren condiciones de posibilidad” (Rojas y Vega, 2008, p.8).

Resumiendo lo anterior, y a manera de introducción del siguiente apartado, se proponen los siguientes elementos de problematización en torno a la noción de dispositivo psicoanalítico:

- a) el dispositivo psicoanalítico da cuenta de una red de elementos de la clínica psicoanalítica anudados, b) no implican un procedimiento a repetir, ni una sistematización a priori y c) crean condiciones de posibilidad. Siguiendo esta línea de ideas ¿Cómo hacer frente a la advertencia de no caer en una suerte de réplica, homogeneización, instrumentalización y/ universalización del dispositivo psicoanalítico? Y por lo tanto ¿Qué es lo que da lugar a lo nuevo en el dispositivo psicoanalítico?

El aporte de la noción de contingencia. Como en todo trabajo de sistematización y problematización del conocimiento, sería una tarea ardua dar cuenta de la genealogía de cada concepto, en este caso en relación a la noción de contingencia y sus distintas aplicaciones, trabajo que para los fines que aquí se persiguen resulta sobrado. Se propone entonces ahondar específicamente en los planteamientos que David-Ménard (2011) lleva a cabo a propósito de la noción de contingencia en su libro “Éloge des hasards dans la vie sexuelle” del cual se desprenden reflexiones importantes para el tema en cuestión

La noción de contingencia remite de principio a Aristóteles para quien lo contingente es aquello que podría ser o no ser, mientras que lo necesario es aquello que no puede no ser. La contingencia es, a partir del postulado anterior, entendida entonces como el azar, es decir, un hecho que sobreviene y que no es integrable a la cadena causal anterior, de donde sin embargo, se produce. Así, en la lógica, lo necesario se opone a lo contingente, y éste último termina por caracterizarse como un fenómeno negativo, es decir, como una falta de determinación.

En la obra de Foucault, la noción de contingencia designa primero la exterioridad mutua de las relaciones, estables por un tiempo, que definen una formulación discursiva, un dispositivo, una episteme, y un enunciado. La exterioridad mutua de las relaciones que individualizan una formación discursiva tiene por correlato que no haya centro de reflexión que sintetice el conjunto de componentes heterogéneos. En este sentido, se argumenta que puede definirse un dispositivo, pero su realidad no aparece más que en una transformación singular de instituciones, saberes, comportamientos, de poderes, formas de visibilidad y discursos.

De manera que, la propuesta de David-Ménard (2011) en su libro es una apuesta por dar un giro en la tradicional concepción de contingente como algo negativo, para lo cual apunta:

(...) la contingence de certains événements produit un renouvellement des situations et ne peut avoir cet aspect créateur que dans le cadre de ces situations : la manière dont la vie sexuelle est mobilisée et transformée par ce qu'on appelle le transfert en psychanalyse dessine l'un de ces dispositifs dans lesquels la contingence est positive : elle est le levier d'une transformation de ce qui était déterminé. Les facteurs contingents sont définis plus par les caractères du dispositif où ils peuvent prendre effet que par leur supposée non-nécessité. (p.19)

[(...) la contingencia en ciertos eventos produce una renovación de las situaciones y no puede haber este aspecto creador que en el cuadro mismo de estas situaciones: la manera en la cual la vida sexual es movilizada y transformada por eso que llamamos la transferencia en psicoanálisis designa uno de estos dispositivos en los cuales la contingencia es positiva: es la palanca de una transformación de aquello que estaba determinado. Los factores contingentes están determinados más por las características del dispositivo en el cual pueden tener efecto que por su supuesta no necesidad].

Prosigue más adelante sobre la cuestión de la transferencia, respecto a la cual afirma que es un espacio de transformación que combina de manera inédita lo necesario y lo contingente. Lo necesario en el sentido de la repetición del conflicto que organizaba la vida hasta ese momento, y comprende la manera en que el analista actualiza y radicaliza el conflicto, mientras lo contingente se concibe como esa palanca de transformación.

En este orden de cosas, se coloca el dispositivo con fundamentación psicoanalítica como esa situación que requiere elementos del orden de lo necesario para poder instalarse, para lo cual David-Ménard propone al conflicto como esa condición necesaria, sin embargo, se requiere también de esos otros elementos para que ésta condición necesaria devenga otra, en este sentido

se introduce la noción de contingencia, la cual aporta elementos que movilizan, pero que, de no contar con el dispositivo necesario para transformarlos, estos elementos contingentes pasarían por demás desapercibidos.

Ahora bien, es el dispositivo psicoanalítico, y evidentemente a través de los elementos de los cuales dispone, el que genera las condiciones de posibilidad para que los elementos contingentes puedan ser usados en favor de una transformación. Así, a través de la noción de contingencia, es pertinente preguntar ¿Qué es lo que aporta la propuesta de lo contingente a la noción de dispositivo psicoanalítico que venimos manejando? ¿De qué manera contribuye a dar respuesta a la cuestión de evitar caer en la trampa de la universalización y homogeneización respecto a la puesta en marcha de un dispositivo.

La singularidad en su dimensión contingente. Para el desarrollo de este apartado, y con la intención de continuar el hilo conductor que hasta el momento ha guiado el presente trabajo, se propone problematizar aún más en torno a la singularidad, puesto que hasta el momento aún no se ha acotado lo que se entiende en este trabajo como singularidad.

Al respecto Nioche (2012) puntualiza lo siguiente:

Il faut redire que ce n'est pas la clinique d'une pathologie , comme on dit trop facilement « clinique des névroses », « clinique des psychoses », « clinique de l'autisme », « des états-limites »... ou clinique de quelque objet psychopathologique. La psychanalyse est une clinique, en un sens précis du terme « clinique », distincte de la clinique médicale et psychiatrique. La clinique, telle qu'elle est ici entendue, suppose en son principe la position de l'inconscient, du champ et de la fonction du symbolique. Elle est pensable ; elle est de l'ordre de la pensée. À condition, bien entendu, de redéfinir ce qu'on entend

par pensée, si on ne veut pas la séparer du pulsionnel, ce qui en psychanalyse n'aurait pas de sens (p.10).

[Se debe decir nuevamente que no es una clínica de una patología, como se dice comúnmente “clínica de las neurosis”, “clínica de las psicosis”, “clínica del autismo”, “de los estados límites”... o clínica de algo patológico. El psicoanálisis es una clínica, en el sentido preciso del término “clínica”, distinta de la clínica médica y psiquiátrica. La clínica, tal como la entendemos aquí, supone en su principio, la posición de lo inconsciente, del campo y de la función de lo simbólico. Es pensable, es del orden del pensamiento. A condición, por supuesto, de redefinir eso que se entiende por pensamiento, puesto que si se quiere separar de lo pulsional, es algo que en psicoanálisis no tendría sentido].

Agrega más adelante que la clínica se inscribe en el campo de lo pensable, en particular, la clínica analítica implica la transferencia, y supone la posición del clínico, y finalmente, supone un desplazamiento de la cuestión del saber, la caída de una cierta idea de saber. Referirnos a la clínica analítica conduce invariablemente a la cuestión de lo singular, y por lo tanto al campo de lo inconsciente. Adelantado la idea, la misma autora puntualiza que lo singular es eso que el clínico reconoce en cada cura y en su caso, en cada tratamiento en el hospital, es algo que sucede, que surge, no como un concepto que tendería a unificarse en una teoría general. Prosigue diciendo que lo singular no es entonces un postulado; ni un a priori; ni una categoría trascendental de la experiencia psicoanalítica. Por lo tanto, en ningún momento lo singular sirve como operador general: es más bien aquello con lo que el clínico tiene que tratar, y que le hace pensar, como poniendo en suspenso la cuestión de la estructura. De manera que, si la clínica psicoanalítica es por definición una clínica de lo singular, ¿no es ésta ya una dimensión de la

contingencia? Y en su caso ¿No es esta dimensión de lo singular en tanto contingente, lo que precisamente permite pensar la singularidad de cada dispositivo psicoanalítico? Lo singular es pues un emergente, lo no determinado de manera a priori, lo que hace un corte, una fisura. Siguiendo con esta idea, las aportaciones de Miller (2001) al respecto resultan pertinentes, él por su parte, retoma la noción de sujeto para hacer referencia a la dimensión de lo singular.

(...) este déficit de toda clase universal en un individuo es el rasgo que hace que justamente este sea sujeto, en tanto que nunca es ejemplar perfecto. De manera tal que después de haber hablado de la clase podemos tomar como perspectiva al sujeto. Hay sujeto cada vez que el individuo se aparta de la especie, del género, de lo general, lo universal (...) llamamos sujeto al efecto que desplaza sin parar el individuo, que aparta el individuo de la especie, que aparta lo particular de lo universal, y el caso de la regla (p.7).

Es preciso establecer un corte hasta aquí, se ha venido hablando de la noción de clínica psicoanalítica y por consiguiente de la dimensión de lo singular ¿No parece un tanto redundante hacer esta aclaración? ¿Acaso por definición la clínica psicoanalítica no es una clínica de lo singular?

Si bien es cierto que la noción de lo singular es propia de la clínica psicoanalítica, la intención de traerlo a la luz en el presente trabajo radica en el interés expreso de insistir en esta cuestión dado el tema, el cual recapitulando, gira en torno a la posibilidad de llevar hacia otros escenarios distintos al de la situación analítica clásica elementos propios del dispositivo psicoanalítico clínica que posibiliten el hacer frente al malestar subjetivo y profundizar al mismo tiempo en la cuestión de cómo pensar un dispositivo con fundamentación psicoanalítica sin que éste devenga una metodología a reproducir. Si se insiste en la cuestión de la singularidad es en primer lugar porque es en ella donde radica el núcleo de cada dispositivo. Siempre y cuando el

clínico tenga siempre presente esta noción la cual funda su práctica, se estará en el terreno de la contingencia.

En este caso particular, subrayar la noción de singularidad como una de las dimensiones de lo contingente resulta por demás oportuno, tal como lo advierte Pujó (2001):

(...) dar lugar al sujeto en el escenario hospitalario exige poner efectivamente en suspenso las respuestas preestablecidas, los saberes, los ideales, lo que se debe o no se debe hacer, supone por lo mismo des-suponer el saber a la institución, en algún sentido, descompletarla, destotalizarla, para poder dar lugar a lo inesperado de una singularidad, no desconociendo, por supuesto, que la dificultad que implica la sorpresa es, por esencia, enemiga de lo burocrático (p.10).

Esto que Pujó denomina como el lugar de lo inesperado, de la singularidad, es precisamente el lugar de lo contingente. Siguiendo con el eje conductor, ¿Cómo pensar entonces un dispositivo psicoanalítico evitando la trampa de la homogeneización y universalización? La contingencia es sin duda lo que se propone aquí como el elemento que precisamente permite escapar a la cuestión de la rigidez o universalización de un dispositivo psicoanalítico. Entendiendo con esto, que la contingencia puede tener lugar bajo múltiples dimensiones, siendo la singularidad una de ellas.

En este sentido, cada dispositivo psicoanalítico se encontrará atravesado por lo contingente. Sin embargo, también la categoría de lo necesario es parte sustancial de lo que aquí se propone entender como dispositivos psicoanalíticos, en plural. Siguiendo la línea inicial en la cual se propuso la noción de dispositivo retomando los desarrollos de Foucault, pero una vez hecho este recorrido, se plantea la noción de dispositivos tal como lo propone David-Ménard (2011) siguiendo también a Foucault, como una *relación contingente* y por lo tanto decisiva, de discursos, disposiciones arquitectónicas, leyes, instituciones, proposiciones filosóficas, morales,

el dispositivo es la red establecida entre estos elementos. Pero no es discernible sino es en plural: es la confrontación de dispositivos lo que hace aparecer su singularidad a cada uno.

Siguiendo esta misma línea, los aportes de Deleuze en relación al dispositivo contribuyen a fundamentar esta noción de dispositivos psicoanalíticos atravesados por lo contingente, es decir, por lo inesperado, por lo desconocido, pero que a su vez se fundan en una dimensión de lo necesario. Deleuze (1990) al hablar de dispositivo retoma lo que de entrada menciona Foucault, para quien hay líneas de sedimentación, pero también líneas de *fisura*, de *fractura*. Desenmarañar las líneas de un dispositivo es en cada caso levantar un mapa, cartografiar, recorrer tierras desconocidas, y eso es lo que Foucault llama el *trabajo en el terreno*. En el seguimiento que Deleuze hace respecto al dispositivo planteado por Foucault, define el momento en el que el mismo Foucault descubre la necesidad de plantear una posibilidad de transformación. Es a través de lo que denomina como líneas de subjetivación, donde cabe la posibilidad de una transformación, de movimiento, de esta manera, el dispositivo no se solidifica en un universal. Específicamente Deleuze señala que por fin Foucault descubre las líneas de subjetivación, y que este descubrimiento nace de una crisis producida en el pensamiento de Foucault, como si éste hubiera tenido que modificar el mapa de los dispositivos, encontrarles una nueva orientación posible, para no dejarlos que se cerraran en líneas de fuerza infranqueables, que impusieran contornos definitivos.

Es lo contingente lo que aquí se plantea como esas líneas de fuga, de fisura que permiten dar espacio a lo nuevo. Mientras la categoría de lo necesario, se entiende como aquellos elementos que permitirán dar lugar y metabolizar lo contingente, a través de un dispositivo que lo haga posible. Para esclarecer de mejor manera la cuestión de lo necesario y lo contingente, diremos que en Foucault se asemeja a lo que él denomina como líneas de sedimentación y líneas

de fisura. Por su parte Deleuze lo concibe como los *estratos y las actualidades*, mientras que David-Ménard lo denomina como lo *necesario y lo contingente*.

Finalmente, para concretar, y retomando los elementos que se subrayaron como ejes claves en un primer apartado, en el que se analizaba la propuesta del dispositivo psicoanalítico de Rojas y Vega (2008), los cuales se pueden resumir de la siguiente manera: 1) el dispositivo psicoanalítico da cuenta de una red de elementos de la clínica psicoanalítica anudados, 2) no implican un procedimiento a repetir, ni una sistematización a priori y 3) crean condiciones de posibilidad. La propuesta que se expone aquí es la siguiente: se propone hablar de dispositivos psicoanalíticos, en plural, atravesados por estas dimensiones, la de lo necesario y lo contingente. Estas dimensiones amplias pueden ponerse en forma a través de distintos elementos, de manera que, ¿Cómo entender la dimensión de lo necesario? Y a su vez ¿Qué puede entenderse como la dimensión de lo contingente? Estas construcciones serán en cada caso particulares, cada dispositivo psicoanalítico echará mano de elementos necesarios para que se ponga en marcha una situación analítica, y es en esta dimensión donde quizá se coincidirá de alguna manera al momento de dar cuenta en una suerte de formalización del trabajo clínico, sin embargo, la dimensión de lo contingente es esa condición de posibilidad de lo singular.

En este caso, la propuesta particular de este dispositivo para la atención a la singularidad de mujeres durante el posparto, en su dimensión de lo necesario se formaliza a través de los siguientes elementos: la escucha analítica, la invitación a la palabra, la posición del clínico, los circuitos transferenciales y el trabajo de interpretación de caso. Mientras que en la dimensión de lo contingente se abre toda una ventana de posibilidades, siendo lo contingente mismo una posibilidad. En este caso, la dimensión de la singularidad se considera como un elemento

fundamentalmente contingente. Pueden tenerse en cuenta en esta misma dimensión las condiciones situacionales particulares de este dispositivo de intervención.

Descripción de los elementos propios del dispositivo en cuestión. En un intento de llevar a cabo aquello que Foucault llama el trabajo en el terreno, en el sentido de cartografiar el dispositivo, he aquí los elementos que para este trabajo clínico en particular se han puesto en marcha. Esto no implica que los elementos que aquí se proponen sean los únicos de los que se puede disponer, o incluso, los únicos que entran en juego en la situación real de la clínica. En una especie de captura conceptual, se propone que los elementos de este dispositivo están integrados en tres dimensiones: a) las determinantes situacionales, b) los fundamentos de la teoría-clínica psicoanalítica y c) la Universidad como espacio para la reflexión. Sin embargo, es preciso puntualizar que en este intento de captura conceptual siempre hay algo que escapa, que queda fuera, de ahí la noción misma de lo contingente.

Determinantes situacionales.

El contexto hospitalario. Este apartado tiene la finalidad de recapitular las coordenadas situacionales de la intervención, puesto que forman parte de la composición particular del dispositivo en cuestión. El área de Alojamiento Conjunto del Hospital del Niño y la Mujer de la ciudad de San Luis Potosí es el contexto de la intervención. Es importante recordar aquí que en dicha área del hospital se concentra a los llamados binomios madre-hijo horas después del parto con la finalidad de hacer un monitoreo médico de rutina. En este contexto, la intervención clínica se pone en marcha literalmente junto a la cama de las pacientes puesto que es un área de hospitalización propiamente dicha. Ahí se distribuye a las pacientes en dos espacios distintos. Un es lo que se denomina como *aislados*, los cuales son habitaciones para una sola paciente. El otro

es un espacio compartido, una especie de pabellones que cuentan con tres camas, las cuales tienen posibilidad de dividirse a través de cortinas.

Situación clínica: mujeres durante el período posparto. En este apartado es importante hacer ciertas precisiones. En principio, la demanda no es manifestada directamente por las pacientes. La demanda en su inicio es una demanda institucional, puesta en forma a través de sus agentes, es decir, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, personal administrativo. La forma de aproximación a las pacientes se lleva a cabo a través de dos procedimientos. En primer lugar, las enfermeras en tanto representantes del área de hospitalización son quienes solicitan la atención clínica de pacientes que bajo su criterio necesitan del servicio de psicología. En segundo lugar, otro procedimiento que se puso en marcha es lo que se ha llamado *rondas hospitalarias*. Bajo este concepto se caracteriza a la visita que se lleva a cabo a directamente en las habitaciones bajo la consigna de ofrecer un espacio de escucha.

Es así como se detectó un singular malestar por el que atraviesan las mujeres durante el período posparto. Malestar caracterizado por dos modalidades opuestas: en un extremo las mujeres que manifiestan un malestar evidente a manera de queja ya sea en relación a algún malestar físico, en relación a la salud de su bebé, en relación a los cuidados y/o las condiciones propias de la hospitalización etc.; otras formas evidentes de malestar son el llanto, la preocupación, el miedo, o la incertidumbre, a estas mujeres que manifiestan un malestar evidente se las suele categorizar bajo el rubro mujeres aprensivas puesto que generalmente no hay razón evidente para su malestar. El otro extremo son mujeres que no manifiestan ningún tipo de malestar evidente, mujeres cuyo sufrimiento es silencioso, sin forma sin queja, no obstante, a través de la oferta de la escucha y el libre curso de la palabra, es posible develar también un malestar. Por lo tanto, el presente dispositivo no tiene como finalidad atender solo a las mujeres

que manifiestan malestar visible, más bien, como el objetivo lo plantea, se propone una atención a la singularidad de las mujeres durante el posparto, aun cuando no se presente ningún signo de malestar evidente.

Período de hospitalización. Se decide considerar el período de estancia de las pacientes en el hospital debido a que es una situación que determina el trabajo clínico en la medida en la que dificulta los posibles seguimientos clínicos. El período de estancia de las mujeres después del parto en el área de Alojamiento Conjunto es de 24 a 72 horas aproximadamente dependiendo de la condición médica tanto del bebé como de la madre. Si no se presenta ninguna complicación de salud, las pacientes son dadas de alta. Por lo tanto, esta situación se presenta como una condicionante del dispositivo, reduciendo las posibilidades de llevar a cabo seguimientos clínicos.

Fundamentos de la teoría y clínica psicoanalítica.

La palabra y la escucha. Se decide colocar la palabra y la escucha en un mismo rubro puesto que se consideran que son correlativas. Ahora bien, en tanto que la demanda en realidad no es hecha por las pacientes, ya que, o bien se acude hacia ellas por derivación del personal o bien a través de las rondas hospitalarias, entonces, ¿Cómo dar respuesta a una demanda que en realidad les es ajena a las pacientes? El punto nodal se encuentra precisamente en el *modo de respuesta* a dicha demanda. Aun cuando la demanda en realidad les es ajena, lo que se propone aquí es convertir esa demanda en una oferta. Es decir, lo que se pone en marcha en la situación analítica es literalmente la oferta de un espacio a la palabra, y con ello, a la singularidad. Es así como, más allá de llegar con respuestas preestablecidas, se da lugar a la pregunta, al suspenso, a lo contingente de la singularidad.

La dupla palabra-escucha puede tomarse en un sentido vano si se piensa fuera del dispositivo, puesto que es gracias a éste que cobran su dimensión clínica junto a los otros elementos, los cuales son tanto la posición del clínico, la cual es una posición de escucha frente a la singularidad, así como los circuitos transferenciales.

En el contexto hospitalario la palabra adquiere un valor fundamental debido a que por razones históricas, sociales, prácticas, lo que se privilegia ahí es el actuar, el operar, el hacer, lo procedimental. Por lo tanto, introducir la dimensión de la palabra conlleva dar un giro a la lógica cotidiana que se experimenta en el contexto hospitalario. Implica introducir otra dimensión e incluso otra temporalidad, puesto que lo que las pacientes apalabran ahí, sortea el hic et nunc para aventurarse hacia otros momentos de la vida y por lo tanto, otro material psíquico. Colocar a la palabra y la escucha como elementos prínceps del dispositivo se inscribe en los planteamientos de Rojas y Vega (2008) para quienes el lenguaje y la palabra tienen la función de mantener al sujeto en lazo social:

(...) elemento del discurso que mantiene al sujeto en lazo social, -es decir, textualmente enlazado (...) espacio en el cual se cultiva el propósito central, preservar en el paciente, aun bajo esas circunstancias de enfermedad e internamiento, la condición de sujeto, que en tanto hablante, se mantenga articulado, constituido psicológicamente, y en consecuencia, capaz de retomar, -en esos espacios en los que habla y no es para el que lo escucha un organismo enfermo-, sus deseos, sus recuerdos, sus inquietudes o temores sobre lo que le acontece. (p. 6-7).

Freud (1890) en su texto “Tratamiento psíquico (tratamiento del Alma)” ya adelantaba el poder de la palabra:

(...) Un recurso de esa índole es sobre todo la palabra, y las palabras son, en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico. El lego hallará difícil concebir que unas perturbaciones patológicas del cuerpo y del alma puedan eliminarse mediante “meras” palabras del médico. Pensará que se lo está alentando a creer en ensalmos (...) Pero es preciso emprender un largo rodeo para hacer comprensible el modo en que la ciencia consigue devolver a la palabra una parte, siquiera, de su prístino poder ensalmador (p. 36).

De manera que, para que no sean meras palabras, se requiere de la puesta en marcha de los demás elementos que forman parte del dispositivo psicoanalítico, a saber, la escucha en tanto su correlato y la posición del clínico desde la cual esa palabra tendrá resonancia así como los circuitos transferenciales.

Circuitos transferenciales. Se retoma la noción de *circuitos transferenciales* de la propuesta de Pérez (2011) para quien la puesta en marcha de un dispositivo en una institución hospitalaria implica la articulación de distintos momentos y escenarios transferenciales. La transferencia en tanto artificio que posibilita el trabajo clínico al ser “el más poderoso resorte impulsor del trabajo” (Freud, 1916, pp. 399-401), se articula en esta propuesta en tres espacios-momentos siguiendo a Pérez (2011): a) la experiencia clínica en sí misma (el nivel empírico), con todas las condiciones propias de este suceso, tales como el estado psíquico particular de las mujeres en el posparto, en palabras de Bydlowski (1997) la llamada transparencia psíquica, estado que crea condiciones particulares que de alguna manera favorecen la relación transferencial; b) la Universidad a través de varios espacios y momentos también, como espacio transferencial. Cuando se dice distintos espacios ha de comprenderse específicamente: el grupo exclusivo de discusión/supervisión de la práctica clínica y los seminarios de psicoanálisis, los

cuales fungen como otro espacio de discusión y reflexión que posibilita otra escucha; c) finalmente, el espacio del análisis propio del clínico-investigador, en tanto otro lugar también permeado por la transferencia en el cual, lo dicho respecto a su práctica no le es ajeno, sino que está atravesado por su propio saber inconsciente.

Posición del clínico frente a la singularidad. Respecto a la posición del clínico, Fédida (2006) señala que “(...) Y el analista no puede ser el representante de un tiempo anterior, aunque la transferencia pueda imaginarlo de tal modo. El analista, sin duda, no puede ser sino el que concede al lenguaje ser el lugar del anacronismo del tiempo.” (p.243).

El término posición hace referencia a situarse en un lugar, y para poder establecer las coordenadas de dicha posición es imprescindible definir respecto o frente a qué se asume tal o cual posición. Por lo tanto, el sitio particular en el que se posiciona el clínico es un lugar de escucha frente a la singularidad del otro radical, lo cual implica desprenderse de ideales, supuestos, prácticas y procedimientos del tipo sugestivo cuyos fines sean la adaptación del sujeto. En el contexto hospitalario, esta posición es fundamental puesto que como se sabe, históricamente la institución hospitalaria ha desdibujado al sujeto reduciéndolo a la organicidad, no obstante, es gracias a este desdén respecto a todo aquello que no esté comprendido en la organicidad, en este caso, es gracias al desdén por la dimensión psíquica que tiene condiciones de posibilidad el dispositivo con fundamentos psicoanalíticos. Ese resto que se resiste a ser aprehendido en categorías, que se resiste a los procedimientos, tal como lo muestra este malestar del posparto que aparentemente no tiene razón de ser y que por lo tanto resulta incomprendible lo que funda la clínica psicoanalítica. Esta posición, en palabras de Freud (1923 [1922]) se resume de la siguiente manera: “el analista respeta la especificidad del paciente, no procura remodelarlo

según sus ideales personales –los del médico–, y se alegra cuando puede ahorrarse consejos y despertar en cambio la iniciativa del analizado” (p.247).

Finalmente, solo una precisión más. Se cree necesario hacer énfasis en esta posición del clínico, la cual privilegia la singularidad puesto que el contexto hospitalario se conforma por un entramado de distintas prácticas. Esta red de prácticas se conforma por profesionales de distintos campos del conocimiento, tales como profesionales médicos, de enfermería, puericultoras, trabajadoras sociales, prestadores de servicio social, pedagogos, personal administrativo, etc.; es así como, en esta red, es preciso establecer los contornos que delimitan el dispositivo en cuestión. En este sentido, la posición del clínico en el dispositivo con fundamentación psicoanalítica se diferencia por ejemplo de prácticas psico-educativas, informativas, de consejería, de modelamiento, etc., llevadas a cabo en este escenario hospitalario compartido, que si bien tiene su pertenencia y objetivo, se distancian de la propuesta aquí planteada.

La Universidad como espacio para la reflexión.

Reflexión-supervisión en grupo de la práctica clínica. Se considera la Universidad como un espacio que conforma el dispositivo en razón de ser un lugar que propicia la circulación de la palabra, esta vez la del clínico en tanto investigador que reconstruye en su palabra aquello relevante de la experiencia clínica en tanto enigmático. Es un espacio necesario puesto que cumple la función de un tercero y posibilita el ejercicio investigativo a través de las distintas escuchas que en él se propician, en resumen es un lugar donde se lleva a cabo un trabajo de formalización de los hallazgos de la clínica a través de la escritura.

Seminarios de psicoanálisis y lectura de textos. Se proponen los seminarios de psicoanálisis en un apartado distinto puesto que se diferencia del grupo destinado exclusivamente a la discusión y supervisión de la práctica clínica. En este sentido, el marco de los seminarios de

psicoanálisis y la correspondiente revisión de textos, funge como otro espacio facilitador de la palabra y de la escucha. Se considera que a través de estas dimensiones se lleva a cabo un trabajo reflexivo fructífero que abona positivamente a la práctica clínica en hospital.

Justificación

Para este apartado es útil describir el contexto inmediato anterior al momento en que se pone en marcha la intervención clínica con la finalidad de mostrar el lugar privilegiado que ocupa el dispositivo con fundamentación psicoanalítica. Las mujeres vienen de pasar por una serie de procedimientos médicos propios del trabajo de parto, es decir, de un momento donde la palabra de alguna manera queda a la deriva y donde lo que prima es lo procedimental. Todo ese pasaje hospitalario lo atraviesan solas, es decir, sin la compañía de algún familiar. Por lo tanto, el momento en el que se les convoca a hablar, es un momento de suma importancia, donde lo que se ofrece es una atención a la singularidad y con ello la posibilidad de representar a través de la palabra todo aquello que han atravesado en ocasión del parto, es decir, los miedos, angustias, preocupaciones e incertidumbre. Además de lo anterior, redimensionar la experiencia singular de las mujeres se propone como una tarea importante en la medida en la que las manifestaciones de malestar, cuando las hay, son objeto de banalización, descredito y en ocasiones invisibilización.

Por lo tanto, se presume necesario el sostener un espacio de escucha, para que el malestar enunciado a través de la palabra de las pacientes recobre valencia, en un medio en la cual esta palabra es censurada, privilegiando los interminables procedimientos médicos, haciendo oídos sordos ante las necesidades subjetivas de las pacientes, es esto el sentido medular que justifica la puesta en marcha de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica en este contexto particular.

Diseño de la Intervención

Escenario de intervención: área de Alojamiento Conjunto del Hospital del Niño y la Mujer de la ciudad de San Luis Potosí.

Población: mujeres hospitalizadas en un período que comprende las primeras 24 a 72 horas después del parto. Concentradas en el área de Alojamiento Conjunto del Hospital, lugar donde se aloja a los llamados binomios madre-hijo.

Método de intervención: dispositivo con fundamentación psicoanalítica.

Se propone con fines didácticos que la intervención clínica en cuestión consta de dos tiempos: un primer tiempo, el de la experiencia clínica misma, la cual a su vez se constituye por diversos momentos; un segundo tiempo, que corresponde al trabajo de reflexión y supervisión de la experiencia clínica, lo cual es llevado a cabo no ya en el escenario de intervención, sino en el contexto de la Universidad.

Tiempo I: intervención clínica en contexto hospitalario. Se proponen una serie de fases constitutivas de este primer tiempo, las cuales se describen a continuación:

Fase I: El acercamiento a las pacientes a través de dos vías: derivación por parte de los médicos y a través de lo que se llamó rondas hospitalarias.

Fase II: El inicio de la sesión a manera de entrevista. Hay una puntualización importante por hacer aquí, se comprende el inicio de sesión a manera de entrevista puesto que en ningún caso las pacientes solicitaron el servicio, en su lugar, era más bien el clínico quien ofrecía la escucha.

Fase III: La invitación a hablar libremente y con ello crear las condiciones de posibilidad para el desarrollo de una situación analítica en articulación con los otros elementos de la teoría-clínica psicoanalítica que posibilitan dicha situación.

Fase IV: El cierre de la sesión, la cual se llevó a cabo en diferentes circunstancias: por motivos médicos, es decir, porque la paciente y/o el bebé tenían que auscultadas por algún médico o enfermera; porque era el tiempo del baño del bebé o de la madre, la hora de la comida, o la hora de la visita; o sencillamente por un agotamiento de la paciente o de la sesión, el cual en ocasiones coincidía. El cierre de la sesión implica la invitación a llevar a cabo un seguimiento clínico en las instalaciones del hospital.

Fase V: Una vez fuera de las habitaciones, en otro espacio de hospital se procedía al llenado del control estadístico.

Fase: VI: Recuperación del material clínico en el cuaderno de notas.

Ahora bien, dadas las condiciones contextuales iniciales de la puesta en marcha del dispositivo, es decir, el escenario hospitalario, es importante tener presente que el período de estancia de las mujeres en el Área de Alojamiento Conjunto es de 24 a 72 horas después del parto, por lo que generalmente son situaciones clínicas de una sola sesión. En este contexto, la noción de situación analítica puesto que remite precisamente a un momento particular, tal como su nombre hace alusión, situado en un espacio y un tiempo, permite ilustrar acertadamente la intervención clínica en cuestión.

El término situación deriva del latín situs que hace referencia al accionar y a las consecuencias de situar o de situarse, para los fines que aquí se persiguen se toma la acepción que indica la noción de situación como la acción de colocar a una [persona](#) o a una cosa en un cierto lugar. El término también se utiliza para nombrar la forma en la que se dispone algo en un determinado espacio. Resumiendo, situación hace referencia a la acción de colocarse en cierto lugar y también a la forma en la que se dispone algo, ambas dimensiones permite llevar a cabo un acotamiento, permiten establecer coordenadas de tiempo y espacio, de ahí que sirva para los fines

que aquí se persiguen. Si se acuñe la noción de situación como la acción de posicionarse, vale preguntarse ¿quién se posiciona y respecto a que toma dicha posición? Esta pregunta nos lleva directamente a la noción de *situación analítica*, eje metodológico fundamental del presente trabajo.

Se toma como referencia el trabajo “Sobre a situação analítica: a experiência de psicoterapia psicanalítica no hospital universitário da Unicamp” de Costa y Siqueira (2002), en el cual proponen la noción de situación analítica como:

(...) o termo “situação analítica” definiria a condição transferencial e técnica particular capaz de sustentar, face a um sujeito que sofre com seus sintomas, o enigma de seu inconsciente e o desejo de elucidação do saber que supostamente ele comporta. Tal condição clínico-transferencial daria consistência de portadora potencial de verdade à palavra livremente produzida pelo sujeito e autorizaria a intervenção do ato psicanalítico, no sentido de confrontar o sujeito às implicações simbólicas de seu próprio dizer. É a instauração de tal situação que garante o qualificativo de “psicanalítico” a uma proposta clínica, quer esta se dê nas condições habituais de setting ou não (p. 16).

[(...) el término de “situación analítica” definiría la condición transferencial y técnica particular capaz de sustentar, de frente a un sujeto que sufre con sus síntomas, el enigma de su inconsciente o el deseo de elucidación del saber que supuestamente tiene. Tal condición clínico transferencial daría consistencia de portadora potencial de verdad a la palabra potencial libremente producida por el sujeto y autorizaría la intervención del acto psicoanalítico en el sentido de confrontar al sujeto a las implicaciones simbólicas de su propio decir. Es la instauración de tal situación el garante o calificativo de

“psicoanalítico” a una propuesta clínica, aunque en esta se den o no las condiciones habituales de setting]

Posibilitar un espacio sostenido por la palabra, la escucha y por consecuencia, cierta posición del clínico que dimensiona estos elementos, en resumen, posibilitar la emergencia de una situación similar a la analítica no implica de facto que lo que se lleva a cabo por parte de las pacientes sea en sentido estricto un trabajo analítico o de elaboración psíquica tal como sucede en un proceso de análisis bajo transferencia. El dispositivo permite introducir una lógica distinta al escenario en el que se pone en marcha, dicha lógica es la dimensión de la singularidad, es decir, un espacio donde el lenguaje se encuentra con los fenómenos propios de las formaciones del inconsciente.

Con fines meramente didácticos, a continuación se hará una desglose de las partes generales que componen una situación analítica, no sin antes aclarar que este desglose tiene la finalidad de, a partir de un acto de nominación, posibilitar al lector una imagen consistente de la experiencia clínica, sin embargo, no por ello han de erigirse estas fases como parte de un procedimiento a repetir.

La situación analítica puede entonces descomponerse en tres momentos fundamentales.

1) El primero de ellos tiene que ver con los modos de aproximación a las pacientes.

Existen dos formas generales de aproximación. Una de ellas es a través de la derivación por parte del personal del hospital (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, personal administrativo). La otra es a través de lo que se ha denominado en este trabajo como rondas hospitalarias, la cual consiste básicamente en hacer un recorrido a través de las habitaciones con la finalidad de proponer un espacio para la escucha y la palabra.

Una vez que se está en presencia de las pacientes se procede a hacer una presentación breve e informal que introduzca la razón de la presencia del clínico, dicha razón es

expresamente la de la escucha. En este punto es importante subrayar que, sin importar si fue una derivación por parte del personal de la institución, lo que prima es la palabra de la paciente, es decir, en ninguno de los casos se hace mención de la petición de atención por parte del personal, esto con la intención de dejar libre uso de la palabra a la paciente y por supuesto, dar lugar a la singularidad. Finalmente, llamarlas en todo momento por su nombre es una acotación también importante.

Una vez hecha la presentación, se procede a invitar a las pacientes a hablar libremente. Se hace una puntualización respecto a la confidencialidad, la cual resulta particularmente interesante puesto que en un inicio puede haber resistencia a hablar al ubicar al clínico como parte del personal médico. Al hacer la puntualización de la confidencialidad, de alguna manera la posición del clínico se modifica, es decir que, a pesar de portar una bata, es un agente que puede posibilitar un espacio distinto al del escenario médico.

2) Respecto al segundo momento, se puede hablar de un desarrollo de la situación analítica que consiste en sostener la circulación de la palabra a través de la escucha. Haciendo intervenciones breves a manera de preguntas.

3) Finalmente el cierre de la sesión, el cual se introduce ya sea por agotamiento físico y/o psíquico de la paciente, porque *ya no tienen nada más que decir*, por situaciones ajenas como la hora de visita, el requerimiento de la presencia de la paciente o del bebé para algún estudio, la hora de la comida y/o del baño, etc. Es importante señalar que como parte del cierre de la sesión se invita a las pacientes a hacer un seguimiento clínico en algún momento posterior, dejando una tarjeta con los datos del departamento de psicología y con los números de teléfono del clínico. Dicho seguimiento puede hacerse en las instalaciones del hospital, en un espacio que se ha facilitado para tal tarea.

Tiempo II: reflexión y supervisión en la Universidad de lo acontecido en la experiencia clínica. Este tiempo II del diseño de intervención, el cual fundamentalmente tiene como escenario el espacio Universitario, funge precisamente como un sitio tanto a la vez físico y de circulación de la palabra, esta vez, del clínico en tanto investigador. Este segundo tiempo comprende la reflexión de aquello que para el clínico en tanto investigador tiene la característica de enigma. No se trata del relato detallado de lo acontecido en la clínica, sino de aquello que el clínico reconstruye en función de su propio enigma de investigación. Son varios los elementos considerados en este rubro: comprende tanto la discusión grupal de la experiencia clínica, como la supervisión individual, así como la lectura textos y la reflexión que en los seminarios tiene lugar. En definitiva, se trata de una reflexión constante en un ir y venir de la clínica hacia lo que se llamaría el ejercicio de investigación.

Estrategias de la Intervención

Institucionales.

- Se completa un registro de trabajo clínico para fines estadísticos en un formato establecido por y para la institución. El registro se lleva a cabo por día y contiene los siguientes datos generales: no. de expediente, nombre completo de la paciente, edad, actividad realizada en la consulta, modalidad de adscripción a la institución y observaciones.
- Se llevan a cabo reuniones de presentación de casos con el equipo de psicología de la institución (practicantes de licenciatura, residentes de maestría, personal de psicología que labora oficialmente en la institución)

- Se considera como estrategia de intervención institucional el estar en contacto constantemente con el personal médico y administrativo, es decir, dar seguimiento a las demandas de atención que se solicitan.

Operativas.

- En los casos en los que el personal no solicite la atención para ninguna paciente en específico, se llevan a cabo rondas hospitalarias.

Al final de cada sesión y/o al final de la jornada, se dedica un momento para la elaboración de notas clínicas.

Clínicas.

- Entrevista clínica. Se integra la entrevista clínica como una herramienta del dispositivo, en la medida en la que su uso está en función del dispositivo mismo. Es decir, es una herramienta que sirve no para recabar información de interés para el clínico, sino como herramienta que convoca a la palabra, y con esto a la singularidad. En este sentido, es una herramienta para convocar y sostener la palabra como elemento de *lazo social* en el sentido de la propuesta de Rojas y Vega (2008):
 - los instrumentos que pudiesen ser utilizados, -como podrían ser los test o los recursos lúdicos en el caso de los niños-, son sólo apoyos colaterales al tema central del dispositivo, la palabra, el lenguaje como elemento del discurso que mantiene al sujeto en lazo social, -es decir, textualmente enlazado (p. 6-7).

Etchegoyen (1988) por su parte precisa que una norma básica de la entrevista, que en buena medida que condiciona su técnica, es la de facilitar al entrevistado la libre expresión de sus procesos mentales, lo que nunca se logra en un encuadre formal de preguntas y respuestas. Continúa estableciendo diferencias entre lo que se denomina

como interrogatorio y la entrevista. Mientras el interrogatorio parte del supuesto de que el entrevistado sabe, lo que le es consciente y tiene el objetivo de rescatar información, la entrevista quiere indagar en cambio lo que el entrevistado no sabe, sin descalificar lo que él pueda decir.

Planificación de la Intervención

Tabla 1

Fases de la intervención

TIEMPOS	FASE	DESCRIPCIÓN
Tiempo I Hospital	Fase I	Contacto inicial con las pacientes a través de dos vías: derivación por parte del personal de la institución y a través de las rondas hospitalarias.
Tiempo I Hospital	Fase II	Inicio de la sesión a manera de entrevista. Breve presentación a manera de encuadre.
Tiempo I Hospital	Fase III	Invitación a hablar libremente. Desarrollo de la situación analítica a partir del material clínico suscitado por la paciente.
Tiempo I Hospital	Fase IV	Cierre de la situación analítica. Invitación abierta o directa para seguimiento clínico.
Tiempo I Hospital	Fase V	Llenado de control estadístico del hospital.
Tiempo I Hospital	Fase VI	Recuperación de material clínico en el cuaderno de notas.
Tiempo II Universidad	Fase VII	Discusión y reflexión en los espacios de la Universidad sobre la práctica clínica.
Tiempo II Universidad	Fase VIII	Revisión bibliográfica, lectura de textos psicoanalíticos. Construcción de enigmas clínicos.

Cronograma de Actividades

Tabla 2

Cronograma de actividades

Actividad	Residencia I (Ago-Dic 2011)	Residencia II (Ene-Jul 2012)	Residencia III (Ago-Dic 2012)	Residencia IV (Ene-Jul 2013)
1.-Diagnóstico situacional	✓			
2.-Puesta en marcha del dispositivo	✓			
3.-Intervención clínica a partir de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica		✓	✓	✓
4.-Supervisión continua de la práctica clínica tanto en hospital como en la Universidad	✓	✓	✓	✓
5.-Formalización del dispositivo con fundamentación psicoanalítica			✓	✓
6.-Entrega de reportes trimestrales en el hospital		✓	✓	✓
7.-Seguimientos clínicos				✓
8.-Formalización de hallazgos mediante la interpretación de caso				✓

CAPÍTULO TRES

Implementación de la Intervención

*En sentido estricto, el dispositivo psicoanalítico
es un artificio, una máquina, un laboratorio pulsional*

Monique David-Ménard (2011)

Modelo de Intervención

Se puso en marcha una intervención clínica en contexto hospitalario a partir de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica cuyos objetivos fueron los siguientes:

Clínico:

- Proporcionar una atención a la singularidad de mujeres hospitalizadas durante el posparto inmediato mediante la puesta en marcha de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica.

Investigación:

- Llevar a cabo un trabajo de formalización teórico-clínico en torno a las implicaciones psíquicas que se derivan de la experiencia del posparto en mujeres hospitalizadas, develadas a partir de la puesta en marcha de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica.

Dicho dispositivo se inscribe en el modelo ya descrito por Freud [1923 (1922)], el cual puntualiza que:

Psicoanálisis es el nombre de: a) un procedimiento para la investigación de los procesos mentales que son inaccesibles por otros medios, b) un método para el tratamiento de los disturbios neuróticos y c) una colección de informaciones obtenidas a lo largo del transcurso y que gradualmente se acumula en una nueva disciplina científica (pág. 287).

El dispositivo en cuestión comprende tres dimensiones articuladas: a) las determinantes situacionales, b) los fundamentos de la teoría-clínica psicoanalítica y c) la Universidad como espacio para la reflexión. Temporalidades y espacios articulados en los cuales se tejen circuitos transferenciales y posibilitan tanto el trabajo clínico como investigativo a través de la palabra y la escucha. Respecto al dispositivo, es importante retomar las puntualizaciones de Rojas y Vega (2008):

(...) el dispositivo no implica procedimientos sistemáticos ni predeterminados, no se establece a priori, lo que implica es dar lugar a la convocación a la palabra del paciente en lo específico de su singularidad, es decir, a la subjetividad en el plano discursivo y en la estructura del deseo, líneas más adelante agregan que los elementos del dispositivo que proponen, no se plantean como los únicos, sino como los que resultaron de su experiencia particular de trabajo clínico (p.16).

Se echó mano de la situación analítica como vehículo y herramienta del dispositivo. Se tomó como referente los desarrollos hechos por Costa y Siqueira (2002) para quienes la situación analítica se entiende como:

(...) o termo “situação analítica” definiria a condição transferencial e técnica particular capaz de sustentar, face a um sujeito que sofre com seus sintomas, o enigma de seu inconsciente e o desejo de elucidação do saber que supostamente ele comporta. Tal condição clínico-transferencial daria consistência de portadora potencial de verdade à palavra livremente produzida pelo sujeito e autorizaria a intervenção do ato psicanalítico, no sentido de confrontar o sujeito às implicações simbólicas de seu próprio dizer. É a instauração de tal situação que garante o qualificativo de “psicanalítico” a uma proposta clínica, quer esta se dê nas condições habituais de setting ou não (p. 16).

[(...) el término de “situación analítica” definiría la condición transferencial y técnica particular capaz de sustentar, de frente a un sujeto que sufre con sus síntomas, el enigma de su inconsciente o el deseo de elucidación del saber que supuestamente el comporta. Tal condición clínico transferencial daría consistencia de portadora potencial de verdad a la palabra potencial libremente producida por el sujeto y autorizaría la intervención del acto psicoanalítico en el sentido de confrontar al sujeto a las implicaciones simbólicas de su propio decir. Es la instauración de tal situación el garante o calificativo de “psicoanalítico” a una propuesta clínica, aunque en esta se den las condiciones habituales de setting o no]

Reporte de Intervención y Estrategias

Con la intención de dar cuenta del proceso que ha seguido la implementación de la intervención, a continuación se describe de manera sintética el recorrido que se ha venido haciendo hasta llegar al momento presente así como el estatus actual en el que se encuentra. El primer contacto que se estableció con la institución fue en el mes de septiembre de 2011. Posteriormente, en el mes de octubre tuvo lugar el proceso de completar los requerimientos administrativos necesarios para comenzar la puesta en marcha del trabajo clínico. Una vez completados dichos requerimientos, se llevó a cabo una visita guiada a través de distintas áreas del hospital y a su vez con el personal pertinente de cada área, dicha visita estuvo a cargo de la coordinadora del Área de Desarrollo Organizacional. A partir de entonces, en el mes de octubre de 2011, dio inicio la puesta en marcha del dispositivo. A partir de ese momento, la dinámica consistió en asistir dos días por semana, destinando tres horas por día. El número de pacientes atendidas por día varió de una a cuatro. Ésta dinámica se mantuvo durante todo el tiempo de la intervención hasta Un concentrado de las actividades se presentan en el siguiente cuadro.

Tabla 3

Reporte de la intervención

Datos de la Institución	Hospital de Niño y la Mujer de la ciudad de San Luis Potosí Dirección: Boulevard Antonio Rocha Cordero #2510 Fraccionamiento San Juan de Guadalupe
Área en la que se llevó a cabo la intervención	Alojamiento Conjunto
Modelo de intervención	Atención a la singularidad en el posparto inmediato a partir de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica
Días y horario	Lunes y Miércoles de 9:00 am a 12:00 am
Período	Octubre 2011-Febrero2013
Número aproximado de sesiones por día y duración	De 1 a 4 sesiones por día con duración variable de 20 minutos hasta 2 horas dependiendo de la situación
Número de sesiones clínicas hasta el mes de diciembre	116 sesiones clínicas
Características generales de la población	Mujeres en un rango de edad de 14 a 36 años Nivel socio-económico medio-bajo Derechohabientes del Hospital de Niño y la Mujer Hospitalizadas en el área de Alojamiento Conjunto Situación clínica: posparto inmediato Lugar de residencia variable: ciudad de San Luis y comunidades aledañas (Santa María del Río, Villa de Pozos, Venado, Mezquitic de Carmona,, Corte primero, Charcas, Villa de Guadalupe, Cerritos, Villa de Reyes, y rancherías aledañas)

Demandas frecuentes de atención por parte del personal de la institución	<ul style="list-style-type: none"> -Llanto constante -Pacientes aprensivas -Vulnerabilidad -Angustia -Preocupación excesiva o quejas constantes -Dificultades con los cuidados del bebé -Negativa a hablar -Situación médica de riesgo (presión arterial alta, el bebé se encuentra en cuidados neonatales, el bebé presenta ictericia) -Madres adolescentes
--	---

A continuación se hace una descripción de algunas de las estrategias que no estuvieron contempladas desde el inicio de la puesta en marcha del dispositivo las cuales se fueron dando conforme la marcha y por lo tanto se considera merecen ser comentadas en este apartado.

Sobre estrategias emergentes. La experiencia de las mujeres hospitalizadas en el período del posparto trae consigo ciertas vicisitudes. En el caso de las mujeres en el Hospital de Niño y la Mujer, por políticas del hospital, ningún familiar puede acompañarles durante todo el proceso hospitalario que implica el evento del parto. Es un evento que atraviesan de alguna manera solas, por lo tanto, el momento en el cual se lleva a cabo la intervención clínica es un momento en el que aún continúan solas la mayor parte del tiempo, teniendo solo vistas en el horario establecido para ello. En este contexto, ocurrieron algunas situaciones específicas que se consideran importantes y podrían tomar relevancia en tanto estrategias, no programadas, sino como situaciones emergentes, que coadyuvan en la relación transferencial y por lo tanto en la intervención. Se mencionan solo algunas de estas situaciones, como por ejemplo ayudar a cargar al bebé en momentos en los que la madre no puede hacerse cargo o requiere de ayuda, tales como, cuando necesitan ir al baño o cuando es la hora de que ellas tomen un baño; la hora de la

comida; en ocasiones, cuando el bebé comenzaba a llorar y puesto que en mujeres cuyo procedimiento fue la cesárea y se les dificulta el movimiento, lo que se hacía era cargar al bebé para colocarlo en los brazos de la madre; en una situación en particular se requirió tranquilizar al bebé, tomarlo en brazos y comenzar a mecerlo, se llevó a cabo tal acción debido a que la madre se encontraba indispuesta, padecía de una migraña muy fuerte que le impedía la concentración y el movimiento, además de que el llanto del bebé contribuía al aumento de la migraña.

Otro caso en el que madre e hija se encontraban separadas por complicaciones médicas de la madre, específicamente su presión arterial no lograba estar en los niveles adecuados. Durante la sesión la mujer habló en relación a la angustia ante la muerte, el miedo de dejar a su hija huérfana, habían pasado ya cinco días después del parto y la madre aún no había podido ver a su hija, quien se encontraba en el área de pediatría, puesto que, aun cuando la bebé no presentaba complicaciones médicas, no se le podía dar de alta a menos que la madre también fuese dada de alta. En este caso en particular, por solicitud de la madre, se acudió hasta donde se encontraba la bebé y se le tomó una fotografía para que la madre la pudiera conocer. Días después la madre tuvo la autorización para subir a ver su bebé.

La utilización de las cortinas para delimitar un espacio en los pabellones compartidos fue una estrategia también bastante útil, puesto que permitía a las mujeres hablar más libremente a pesar de saber que en la habitación había más personas que podían escuchar.

Seguimientos clínicos. Conforme avanzó la intervención, se evidenció la necesidad de llevar a cabo seguimientos clínicos con algunas pacientes, lo cual presentaba ciertas dificultades. Gran cantidad de las mujeres que dan a luz en ese hospital son mujeres que vienen de otros municipios al interior del Estado, lo cual complicaba los seguimientos clínicos en el hospital puesto que les representaba un problema el traslado. A lo anterior se suman las condiciones

particulares del posparto, es decir, los primeros cuidados del bebé y la salud de la madre, etc. Por lo tanto, se pone en marcha la modalidad de seguimientos clínicos en el domicilio de las pacientes. Dicha estrategia fructificó en un par de casos únicamente, debido a las complicaciones que le representó al clínico la cuestión del traslado. Sin embargo, en estos casos, se llevó a cabo un seguimiento de ocho sesiones.

Intervención clínica en otras áreas del hospital. El trabajo del clínico en el hospital no se circunscribe en realidad a una sola área del mismo. El hospital requiere la presencia del clínico donde emerja una situación de urgencia. Es así como, a pesar de que en el presente trabajo, para fines didácticos y de investigación se delimita a un tema en particular, en la práctica se llevaron a cabo intervenciones en otras áreas del hospital tales como: consulta externa, pediatría, AMMI (Área de Monitoreo Materno Infantil), cuidado intensivos y toco-cirugía.

Utilización de bata blanca. Como parte de las normas de higiene del hospital se nos solicitó en todo momento el uso de la bata. Se menciona este hecho debido a la estrategia que se tuvo que emprender derivada de esto. El usar la bata en contexto hospitalario indica la presencia de un médico, es por esto que al estar frente a las pacientes y en el momento de la presentación era imprescindible hacer dos puntualizaciones: 1) Que el clínico es psicólogo no médico y 2) Que lo que se aborde en la sesión es estrictamente confidencial. Es importante saber que hacer estas precisiones facilitaba la puesta en marcha del dispositivo.

Familiarizarse con términos médicos. Estar familiarizado con los términos médicos más utilizados así como saber la composición de un expediente fue también una tarea que no se tenía contemplada en el diseño pero que fue necesario llevar a cabo. Esto facilitó la comunicación sobre todo con el personal de enfermería.

Aumento de la demanda en Alojamiento Conjunto. El personal de enfermería comenzó a familiarizarse cada vez más con la presencia del clínico. Debido a que la duración de las sesiones con las pacientes tomaban cada vez más tiempo, además de que se incrementó el número de pacientes atendidas por día, era evidente que algo diferente estaba pasando y que las pacientes tenían algo que decir, la demanda por parte del personal de enfermería comenzó a aumentar. Dicho aumento de demanda se manifestó a través de comentarios como: *que vengan las psicólogas, no las pasantes*, o a través de llamados concretos de atención vía voceo hechos a la Jefa de Desarrollo Organizacional, quién posteriormente nos derivaba los casos.

CAPÍTULO CUATRO

Evaluación de la Intervención

*Los modelos como conceptos abstractos se precipitan,
mediante su uso metafórico,
en lo singular de la situación clínica.*

Flora Singer (1998)

*Lo inconsciente es lo psíquico verdaderamente real,
nos es tan desconocido en su naturaleza interna
como lo real del mundo exterior...*

Sigmund Freud (1900)

Aspectos Introdutorios

Es importante como aspecto introductorio recapitular algunos elementos nodales respecto a la intervención clínica en cuestión. En este sentido, se traen a colación cuatro determinantes que estuvieron presentes desde un inicio y que es primordial tenerlas en cuenta para los desarrollos del presente capítulo.

La primera de ellas tiene que ver con el contexto en el cual se llevó a cabo la intervención. Específicamente se desarrolló en el área de Alojamiento Conjunto del Hospital del Niño y la Mujer de la ciudad de San Luis Potosí. Es importante en este punto señalar que en el área de Alojamiento Conjunto del hospital se concentra a los llamados binomios madre-hijo justo después del proceso de parto. Binomios que no presentan ninguna complicación médica posparto y que se encuentran en dicha área para un monitoreo médico de rutina. Los binomios que presentan alguna complicación médica son separados, la madre es enviada al Área de Monitoreo Materno Infantil (AMMI) mientras que el bebé es enviado a otras áreas del hospital dependiendo de la situación médica que presente.

Por lo que, he aquí la segunda determinante importante, el período de estancia de las mujeres en esta área es 24 a máximo 72 horas después del parto, dependiendo de cada caso particular, si no se detecta ningún riesgo de salud tanto para la madre como para el bebé en las siguientes horas se les da de alta.

La tercera determinante es la situación clínica particular que se develó en dicho contexto. Fueron dos las vías de acercamiento a las pacientes: la primera, a través de derivación directa de pacientes aprensivas⁸ por parte del personal principalmente de enfermería y en algunas ocasiones por el personal médico; la segunda, a través de lo que en el presente trabajo se denomina como rondas hospitalarias, las cuales se llevaron a cabo cuando no había ninguna derivación por parte del personal de la institución, situaciones en las que el personal refería: *todo está tranquilo*. Estas dos vías de acercamiento así como la puesta en marcha del dispositivo con fundamentación psicoanalítica permitieron develar un malestar presente en ciertas mujeres en ocasión del posparto. La caracterización de dicho malestar se llevó a cabo en el capítulo uno del presente trabajo, en el cual se hizo un abordaje del fenómeno clínico denominado baby-blues. Es importante aclarar que este trabajo de intervención-investigación no tuvo como objetivo la atención exclusivamente de las pacientes que manifestaban de manera más evidente los síntomas del baby-blues, en su lugar, y es este punto en el que interesa resaltar, el propósito fue la atención a la singularidad de las mujeres en el posparto, de ahí que se develara en algunas mujeres un malestar más bien silencioso, sin queja, sin el llanto tan característico del baby-blues.

La cuarta determinante es el enfoque a partir del cual se atendió este malestar. Se trata en suma de una atención clínica a partir de los postulados teórico-clínicos del psicoanálisis. En este sentido, no es ocioso puntualizar lo anterior puesto que este trabajo se distingue de otros que se llevan a cabo en el hospital con orientaciones más bien psicoeducativas, de modelamiento,

⁸ La caracterización de este tipo de pacientes se llevó a cabo en el capítulo uno del presente trabajo.

orientación, acompañamiento psicológico, etc., las cuales cumplen un papel importante en este período, no obstante, por su objetivo, se distinguen del presente trabajo.

Resumiendo las determinantes anteriores se tiene que, la presente investigación-intervención tuvo como objetivo la atención a la singularidad de mujeres en contexto hospitalario durante el posparto inmediato, es decir, en un período delimitado a las primeras 24 a 72 horas después del parto, tiempo estimado de estancia de las mujeres en el área de Alojamiento Conjunto del hospital. Dicha atención a la singularidad fue posible mediante la puesta en marcha de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica. Ahora bien, dado que este capítulo corresponde a la evaluación, es menester preguntarse ¿Qué se entiende aquí por evaluación? ¿Quién evalúa? ¿Qué es lo que se evalúa? ¿Cómo se evalúa? Preguntas básicas sin embargo no por ello infructuosas puesto que una vez respondidas, las dilucidaciones de este capítulo cobran sentido, coherencia y pertinencia. El siguiente apartado se construye en respuesta a las preguntas anteriores en un intento de cartografiar el terreno en el cual se sostiene lo que aquí se plantea como el proceso de evaluación de la intervención.

Enfoque de la Evaluación

Evidentemente, si el dispositivo clínico en cuestión tiene como fundamento los postulados de la teoría y clínica psicoanalítica, el enfoque que para la evaluación de la intervención en cuestión está de igual manera en correspondencia con los postulados teórico-clínicos del psicoanálisis. A partir de lo anterior, entonces ¿Cómo pensar un proceso de evaluación desde los fundamentos psicoanalíticos?

El proceso de evaluación que se propone aquí se inscribe en el modelo ya descrito por Freud [1923 (1922)] el cual puntualiza que:

Psicoanálisis es el nombre de: a) un procedimiento para la investigación de los procesos mentales que son inaccesibles por otros medios, b) un método para el tratamiento de los disturbios neuróticos y c) una colección de informaciones obtenidas a lo largo del transcurso y que gradualmente se acumula en una nueva disciplina científica (pág. 287).

Retomando la cita anterior, el proceso de evaluación se articula con una de las acepciones que describe Freud, particularmente la que señala que el psicoanálisis es el nombre de un procedimiento para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías, puesto que se asume que con este señalamiento Freud hace referencia al procedimiento en tanto proceso de investigación, el cual no es simplemente una fase de un método, es el método mismo, imposible en sí de disecciones en etapas o fases para su ejecución. Se concibe entonces la evaluación como un proceso investigativo por parte del clínico-investigador en una especie de retorno al material clínico, el cual es a posteriori de la experiencia clínica misma, con el propósito de hacer un ejercicio de reflexión de aquello que como enigma emergió de dicha experiencia.

La raíz etimológica de la palabra evaluar viene del latín *valere*, que significa ser fuerte, mientras que el prefijo *ex* indica la idea de una separación de un interior a un exterior. Para los fines del presente capítulo, interesa subrayar esta idea de *separación* de un interior a un exterior, puesto que, esta separación ayuda a ilustrar de manera didáctica lo que en el este capítulo se abordará bajo el título de proceso de evaluación, como un producto de este efecto de separación con fines didácticos y metodológicos, que va desde la clínica hacia la teoría. Separación que corre a cargo del clínico en tanto investigador, cuyo propósito es dar cuenta de los efectos producidos en la clínica. Es menester aclarar en este punto que este efecto de separación que se propone, se hace únicamente a manera de ilustración didáctica, puesto que en realidad lo que acontece es un continuo entre teoría-clínica, el cual no es unidireccional, sino que acontece en ambos sentidos.

Lo que se entiende como proceso de evaluación en este trabajo está estrechamente ligado con la pregunta ¿quién evalúa? puesto que quién evalúa es el clínico en tanto investigador, por lo tanto, este proceso de evaluación y el resultado que de ella derive es un producto fundamentalmente del trabajo de reflexión del clínico-investigador, en ese efecto de separación implicado. Por lo tanto, lo que se evalúa y los criterios a partir de los cuales se evalúa los determina éste y tienen que ver con un segundo momento del continuo clínica-teoría, de ahí que, la experiencia clínica en sí misma no es lo que se evalúa, sino, en un momento posterior, aquello que para el clínico se presentó como un enigma a dilucidar.

Si bien la definición de evaluación hace referencia a estimar, determinar, apreciar el valor de algo a partir de ciertos criterios, es claro que dado el objeto de estudio del psicoanálisis y el método propio para abordarlo, se aleja de fines positivistas que emplean procesos que tengan que ver con estimar un grado, nivel, categoría, porcentaje, etc., para estimar la validez del procedimiento y del resultado. Sin embargo, el hecho de que no esté en sus fines establecer juicios de valor, o demostrar algo, lo que sí forma parte de su método es el constante retorno a la clínica, germen de la teoría, lo cual implica una exigencia metodológica de dar forma a aquello acontecido, es decir, de hacerlo transmisible. Por lo tanto, más que un proceso de demostración, la evaluación que aquí se plantea responde más bien a un proceso de mostración de los hallazgos derivados de la experiencia clínica. Lo anterior siguiendo la línea que proponen Jardim y Rojas (2010) para quienes:

(...) la investigación psicoanalítica se revela como una mostración - no una demostración, ni una comprobación - a posteriori, a partir de la escucha psicoanalítica de los pacientes. Mostración que no intenta probar una teoría, sino que es en sí misma la construcción de una teoría (p.534).

De la clínica a la investigación. Líneas más arriba se introdujo el complejo nudo teoría-clínica en psicoanálisis, complejidad que necesita abordarse para dar sentido a la propuesta de evaluación que aquí se plantea, la cual se inscribe en los desarrollos que hace Le Poulichet (2004) en relación al camino que va desde la clínica a la teoría, no como una vía unidireccional, sino como un flujo continuo, un ir y venir. El *caminar hacia lo desconocido* es lo que caracteriza a este continuo flujo, palabras que la autora retoma de Dayan (1995) para quien conocer a través de la experiencia analítica no es establecer o verificar relaciones necesarias y universales, es una manera de conocer que implica una multiplicidad de experiencias singulares de expresión, en la que el descubrimiento es inseparable de una transformación, en resumen “esta experiencia no es entonces la de una ruta hacia el saber sino más bien un camino hacia lo desconocido” (Dayan, 1995; citado en Le Poulichet, 2004, p. 72). La autora retoma ésta consigna de caminar hacia lo desconocido como el motor de la clínica y por ende de la teoría psicoanalítica, lo cual es el sello que otorga la originalidad y fecundidad a la investigación en psicoanálisis, sin traicionar las características de su objeto.

De ahí que señale la autora que no es posible separar de un lado la clínica y del otro la investigación, como si fueran dos fases bien organizadas,

(...) la clinique se trouve d'emblée à l'œuvre à l'intérieur de la recherche et l'on ne fait pas d'expérience clinique quine soit déjà d'une certaine façon, une recherche. En effet, il n'existe jamais une expérience pure: elle se trouve d'emblée infiltrée par un travail théorique, même si ce dernier n'est pas méthodiquement et consciemment sollicité au cœur de l'expérience présente. On peut d'ailleurs définir ce travail théorique sous-jacent comme une *pratique* interprétative. Et nos concepts sont bien des instruments d'interprétations qui orientent notre écoute (parfois à notre insu), même s'il est essentiel

de en jamais les «appliquer» au cœur de l'expérience clinique, et même si l'écoute sollicite au présent une forme d'oubli apparente de ces instruments. Loin de toute psychologisation et de tout applications, le travail théorique permet d'entendre le dire au-delà du dit et d'accueillir au présent la singularité de l'évènement psychique. Ce travail ne représente donc pas un savoir constitué et figé en un «grille d'interprétation», il serait bien plutôt mis en mouvement par l'expérience clinique elle-même qui lui donne son essor, son relief et son sens. Théorie et clinique seraient bien alors de sang mêlé (Le Poulichet, 2004, p. 72).

[la clínica se encuentra de inmediato en marcha al interior de la investigación y no se hace experiencia clínica que no sea en sí, de alguna manera, una investigación. En efecto, no existe nunca una experiencia pura: esta se encuentra de inmediato infiltrada por un trabajo teórico, incluso si este último no es metódicamente ni conscientemente buscado en el corazón de la experiencia. Se puede definir además este trabajo teórico subyacente como una *práctica* interpretativa. Y nuestros conceptos son instrumentos de interpretación que orientan nuestra escucha (a veces sin conocimiento de ello), aun cuando es esencial nunca “aplicarlos” al corazón de la experiencia clínica, e incluso si la escucha clínica intenta presentar una especie de olvido aparente de sus instrumentos. Lejos de toda psicologización y de toda aplicación, el trabajo teórico es ya este pensamiento en movimiento, en transformación, que permite escuchar el decir más allá de lo dicho y de recibir la singularidad del acontecimiento psíquico. Este trabajo teórico no representa entonces un saber constituido y fijado en una “esquema de interpretación”, sería más bien puesto en movimiento por la experiencia clínica misma, la cual le da lugar, relieve y sentido. Teoría y clínica serían entonces de sangre mezclada].

Puntualizando, la evaluación consiste en un proceso reflexivo-investigativo que se inscribe, tal como se señaló en un inicio, en los planteamientos de Freud al respecto del psicoanálisis donde señala a la letra que el psicoanálisis es tanto un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías, como un método de tratamiento, de ahí que teoría y clínica se consideren de sangre mezclada.

Se aclara nuevamente que este ejercicio de separación metodológica se lleva a cabo con fines didácticos ya que en realidad no se propone que existan fases completamente separadas que indiquen un primer tiempo de clínica y un segundo tiempo de investigación que venga a confirmar una teoría. Existe una teoría ya en la experiencia clínica, la cual orienta la escucha.

A través de la noción de *temps reversif*⁹ Le Poulichet (2004) señala la temporalidad propia de la cura y por ende la temporalidad en la que se escribe la investigación psicoanalítica, en la cual, un hallazgo más que señalar un fin, abre un campo donde éste mismo esboza un devenir, de tal manera que pueda *explayarse*, mostrarse en la investigación y la clínica psicoanalítica.

Cette notion permet en effet de resituer les temps de composition et de recomposition psychique dans l'expérience psychanalytique et donc aussi dans la recherche psychanalytique, autrement qu'en référence à un temps linéaire et à une conception développementale impliquant les idées de progression et de régression temporelle. (Le Poulichet, 2004 p.76).

[Esta noción permite en efecto situar los tiempos de composición y de recomposición psíquica en la experiencia psicoanalítica y por lo tanto también en la investigación psicoanalítica, de manera diferente de aquella que se hace en relación a un tiempo lineal y a una concepción desarrollista que implican ideas de progresión y de regresión temporal].

⁹ Tiempo reversivo

En este mismo sentido Cyssau (2004) apunta que “el postulado de lo inconsciente prefiere la fragmentación a la síntesis, y no duda en asociar el azar a la transferencia, poniendo énfasis en la clínica como una vía de procesamiento fragmentario, discontinuo” (p.132)

Justificación

Es así que este proceso de evaluación, en tanto un ejercicio de reflexión y formalización teórica tal como se ha venido definiendo, se sostiene en los propios postulados del psicoanálisis en la medida en la que “no se trata de importar un método extrínseco al psicoanálisis para objetivarlo” (Cyssau, 2004, p. 142) Al respecto Freud es claro cuando insiste en lo erróneo que sería una evaluación de resultados que no tomará en cuenta el procedimiento para su descubrimiento, método que es “indispensable para fines científicos” (Freud, citado en Cyssau, 2004, p.131).

En este sentido, lo que está en juego en este caso particular de evaluación, no es tanto el estimar un juicio de valor en relación a la experiencia clínica propia de las pacientes, no obstante, se puede llevar a cabo una reflexión en torno al objetivo terapéutico planteado en concordancia con los elementos del dispositivo en cuestión. Lo que se propone entonces, siguiendo la advertencia de Freud respecto a la concordancia entre evaluación de resultados y el procedimiento que permitió la emergencia de aquello que se evalúa, es un trabajo de reflexión por parte del clínico, de los procesos psíquicos posibilitados a partir de la puesta en marcha del dispositivo, o como se introdujo en algún otro espacio de este trabajo, del despliegue de la singularidad y con ello de la plasticidad psíquica.

Es importante mencionar aquí el riesgo existente de esterilización y el dogmatismo de las teorías, así como la banalización, la instrumentalización y la psicologización secundaria de conceptos analíticos” (Fédida, citado en Le Poulichet, 2004, p. 78). Por lo tanto, uno de los

propósitos de esta evaluación es evitar este escollo, teniendo presente que, el germen de la investigación es la singularidad de la clínica, lo cual le otorga un sentido de transformación y movimiento, contrario a concepciones estáticas y rígidas.

Finalmente, este ejercicio de formalización es eminentemente un trabajo de reflexión por parte del clínico-investigador, en ese camino hacia lo desconocido que implica la experiencia clínica, de la cual, éste se plantea ciertos enigmas a dilucidar, los cuales no coinciden con los enigmas propios de los pacientes en la experiencia clínica. Lo anterior no con la finalidad de arribar a una respuesta única y absoluta, sino con la finalidad de mantener en movimiento ese flujo continuo entre clínica-teoría que permite evitar la dogmatización al posibilitar el despliegue de la singularidad, lo cual asegura la expresión de nuevas formas de subjetividad.

Diseño de la Evaluación

Es importante puntualizar el sustantivo *proceso* que se le agrega al término evaluación, puesto que introduce la idea de una actividad desplegada en el transcurso del tiempo y no solamente como un producto único acotado a un solo momento. Se propone entonces concebir un proceso de evaluación, el cual se despliega a lo largo del tiempo, en sentido estricto, se llevó a cabo durante la intervención clínica misma, a través de la supervisión y discusión grupal de la práctica clínica. Es preciso retomar aquí los objetivos que guiaron la intervención clínica y que fueron expuestos en el capítulo dos:

De orden clínico:

- Proporcionar una atención a la singularidad de mujeres hospitalizadas durante el posparto inmediato mediante la puesta en marcha de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica.

De investigación:

- Llevar a cabo un trabajo de formalización teórico-clínico en torno a las implicaciones psíquicas que se derivan de la experiencia del posparto en mujeres hospitalizadas, develadas a partir de la puesta en marcha de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica.

En resumen, para introducir el diseño de evaluación es preciso hacer algunos señalamientos más. Primero, se ha señalado que el enfoque del proceso de evaluación se sustenta en los propios postulados de la teoría y clínica psicoanalítica tal como la intervención misma; segundo, es preciso tener presentes los objetivos que guiaron la puesta en marcha del dispositivo; tercero, recordar el propio diseño de intervención que se propuso, el cual fue descompuesto en fases para fines didácticos; cuarto, considerar también la composición que se propuso para este dispositivo en particular, para el cual se señaló la existencia de tres dimensiones en juego: las determinantes situacionales específicas para este dispositivo, los fundamentos de la teoría y clínica psicoanalítica y el espacio Universitario como espacio de reflexión y formalización teórica. A partir de todo lo dicho anteriormente se presenta un esquema de evaluación en dos tiempos que equivalen a: a) Evaluación de proceso y b) Evaluación de producto.

Tiempo I: Evaluación de proceso. Se entiende como evaluación de proceso, tal como la palabra proceso lo indica, como un trabajo constante de reflexión, desplegado en el tiempo, es decir, durante todo el período que comprendió la intervención clínica en hospital. Dicha evaluación de proceso, aun cuando el significado de proceso indica avanzar e ir hacia adelante, en este trabajo en particular, se entiende proceso como un trabajo en ambas direcciones, hacia adelante y hacia atrás, es decir, que implica un constante retorno, en este caso, un retorno hacia lo que de la experiencia clínica se deriva.

En este tiempo del proceso de evaluación es importante retomar fundamentalmente el objetivo clínico de la intervención, puesto que este tiempo constituye el tiempo mismo de la experiencia clínica.

Tiempo II: Evaluación de resultado. Este segundo tiempo destinado a la evaluación de resultado consiste en la escritura por parte del clínico-investigador de aquello que a partir de la experiencia en la clínica, emergió como enigma a dilucidar. Nuevamente se aclara que este o estos enigmas no coinciden necesariamente con los enigmas propios de las pacientes. Este segundo momento es un tiempo de formalización a través de la escritura, tiempo que tiene como contexto el espacio de la Universidad y sus diferentes escenarios (discusión individual y grupal de la experiencia clínica, discusión y reflexión a través de los seminarios, revisión y reflexión de textos).

El esquema de presentación que se propone para este momento de la evaluación comprende 4 ejes, los cuales consisten en un ejercicio de reflexión metapsicológica teniendo como germen el material clínico. Los ejes que se proponen son los siguientes:

Eje I. Posparto inmediato, puesta en marcha del proceso primario.

Eje II. Unheimlich, signo de malestar

Eje III. Procesos regresivos y plasticidad psíquica

Eje IV. “Ese fragmento del tiempo en estado puro” (Fédida, 2006, p. 103)

Metodología y Estrategias para la Evaluación

En el presente apartado se lleva a cabo una descripción de las herramientas metodológicas y las estrategias que articulan el proceso de evaluación. El desglose que se presenta a continuación sigue la lógica didáctica que se presentó en el diseño, es decir, se retoman los dos tiempos planteados y se especifica la metodología para cada tiempo.

En el apartado del enfoque se señaló que el proceso de investigación coincide con el método de tratamiento. En este sentido, la presente metodología se apoya en el presupuesto de que proceso de investigación y método de tratamiento son las dos fuentes a partir de las cuales se constituye la teoría psicoanalítica, de ahí que ésta no sea reductible a un conjunto de leyes teóricas, sino que se presenta siempre como una práctica teórico-clínica abierta a la investigación y adaptable a las situaciones clínicas (Mijolla-Mellor, 2004, p.44). El desglose siguiente tiene la finalidad de facilitar herramientas para la reflexión de los elementos, momentos y estrategias, que se vieron implicadas en la intervención clínica en cuestión.

Tiempo I. Evaluación de proceso: metodología y estrategias. Tal como se señaló en el diseño del proceso de evaluación, para reflexionar en torno al tiempo uno de la intervención es preciso retomar el objetivo fundamentalmente clínico, puesto que el tiempo uno se concibe como el tiempo de la experiencia clínica en sí, es decir, como un tiempo empírico.

Así que, el objetivo clínico fue:

- Proporcionar una atención a la singularidad de mujeres hospitalizadas durante el posparto inmediato mediante la puesta en marcha de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica.

Ahora bien, lo que interesa es articular el diseño de intervención propuesto así como sus fundamentos, con el objetivo clínico planteado, por lo tanto cabe preguntarse si es pertinente plantearse la evaluación de este primer tiempo en términos de cumplimiento o no cumplimiento del objetivo clínico, o en su caso reflexionar si fue posible suscitar una experiencia singular en el contexto hospitalario así como saber qué condiciones lo hicieron posible. Es esta última cuestión envía directamente a pensar sobre los aspectos metodológicos.

El tiempo I de la evaluación implicó la puesta en marcha de las siguientes herramientas metodológicas:

- La discusión y reflexión grupal en el espacio Universitario en torno a la experiencia clínica. Discusión de los materiales clínicos emergentes así como de la experiencia particular del clínico respecto a la intervención.
- La emergencia de circuitos transferenciales. En el capítulo del diseño de intervención se propuso la existencia de estos llamados circuitos transferenciales (Pérez, 2011) específicamente en este trabajo se entienden como aquellos constituidos entre el clínico-investigador y el escenario de intervención, lo cual involucra la transferencia del clínico hacia la institución y de las pacientes mismas hacia la institución y por lo tanto hacia el clínico en tanto representante de la institución; entre el clínico-investigador y los grupos de discusión en la Universidad; así como, si es el caso, la transferencia del clínico puesta en su propio análisis personal.
- La utilización de un cuaderno de notas clínicas, el cual facilitaba la recuperación del material para ser llevado a los grupos de discusión y reflexión.
- Ocasionalmente, la presentación de casos en el hospital, a través de reuniones de trabajo grupales entre todos los profesionales psi de la institución.
- La lectura y reflexión constante por parte del clínico-investigador de textos psicoanalíticos y literatura diversa que ayudara a una mejor comprensión de la experiencia clínica y que condujera a la formulación de ciertos enigmas.
- Finalmente, en este caso particular, se incluye la experiencia del análisis personal del clínico, en tanto un lugar de circulación de la palabra y en su función de sostenimiento transferencial.

Tiempo II. Evaluación de resultado: metodología y estrategias. El tiempo de evaluación de resultado consiste en la formalización a través de la escritura, de los hallazgos que emergieron de la experiencia clínica. Para dicha formalización hará un análisis en relación a los conceptos psicoanalíticos, puesto que fungen como herramientas fundamentales para el proceso en cuestión.

Los conceptos en psicoanálisis como herramientas de interpretación. En el texto “Pulsiones y destinos de pulsión” Freud (1915) lleva a cabo una especie de manifiesto epistemológico, en el cual se sintetiza la complejidad del objeto de estudio y el ejercicio constante de aprehensión del mismo a través de los conceptos metapsicológicos. En este texto Freud señala que aun cuando una ciencia naciente no cuenta con conceptos básicos claros y bien definidos, es hacia allá hacia donde debe dirigirse, puesto que se llegará el momento en el cual, una vez explorado a fondo el campo de los fenómenos en cuestión, éstos se verán acuñados en definiciones. No obstante, aclara que éstos nunca se verán exentos de contradicción y más aún, señala que el progreso del conocimiento “no tolera rigidez alguna, tampoco las definiciones (...) los ‘conceptos básicos’ fijados en definiciones experimentan un constante cambio de contenido” (p.113)

Por su parte Fédida (2006), siguiendo esta advertencia de Freud, señala que “en efecto su preocupación es –en la metapsicología- la de dar cuenta de movimientos contrarios durante el desarrollo y la evolución. Pero lo que importa ante todo es la imaginación de las formas (síntomas) y de su localización desplazada” (p.13)

Este proceso de formalización a través de la escritura, se inscribe en el modelo Freudiano, es decir, en echar mano de la metapsicología para dar cuenta de la dinámica psíquica desplegada a través de esta experiencia clínica. En este caso, los modelos en psicoanálisis, es decir, los

conceptos en su sentido metapsicológico, es decir, dinámico, son las herramientas y a la vez los criterios que permiten llevar a cabo el análisis de la información. Este ejercicio de análisis de la información, en tanto un trabajo de investigación que está directamente en relación con la experiencia clínica, para que sea verdaderamente un trabajo fecundo, en palabras de Le Poulichet (2004) requiere que el clínico se coloque en posición de escuchar, como siendo la primera vez, una composición psíquica única, con sus movimientos psíquicos, los cuales no pueden ser subsumidos por un modelo preestablecido, dejándose afectar por la sorpresa y la resonancia creada por nuevos fenómenos. Entonces, ¿De qué manera evitar la trampa de una especie de hermenéutica de la interpretación? ¿De qué cualidad gozan los modelos en psicoanálisis que le otorgan un carácter vivo?

Para responder las anteriores preguntas se siguen las aportaciones hechas por Singer (1998) en relación a los modelos en psicoanálisis. Esta autora señala, que la noción de modelo debe ubicarse “entre una aspiración universalista de integración del psicoanálisis al edificio de las ciencias, y al mismo tiempo, la aspiración de crear un procedimiento ad hoc que preserve su especificidad” (“¿Cómo se ubican los modelos en ese contexto?” párr. 18). Los modelos en psicoanálisis en tanto conceptos que contribuyen a delimitar el territorio psicoanalítico, circulan entre dos tiempos, dado su objeto particular de estudio, el cual, para esta autora, se constituye como negativo y paradójico, es decir, presente-ausente, que posee un cierto grado de generalidad pero es a la vez profundamente singular; un objeto del cual un saber es posible, pero no-todo. Por lo tanto, los modelos en psicoanálisis no pueden ser totalmente equiparados a los modelos entendidos como categorías del conocimiento abstractas y estáticas, más bien, son modelos que circulan metodológicamente en dos extremos, por un lado están “próximos al extremo del logos en donde sufren una detención que les otorga un valor axiomático, o bien, en el otro extremo,

próximo a una lógica dinámica que les otorga la cualidad metapsicológica mediante la cual aproximarse a lo singular y al “no-todo” de sus objetos” (Singer, 1998, “El punto donde se une la cosa” párr. 27). En resumen, esta circulación metodológica corre entre un punto de detención y axiomatización, es decir, un logos, y un punto de movimiento, dinámico, huella imborrable de su cualidad metapsicológica.

Una advertencia final en relación a los modelos, Singer (1998) señala que

Si clásicamente los modelos son equiparados a universales por su grado de generalidad y de abstracción, los modelos en psicoanálisis son universales, a condición de que dicha nominación no connote ninguna ontologización de las realidades en juego, y de que sean “universales de lo singular”, en donde la singularidad en juego no se pierda sino que permanezca articulada en dicho proceso. El movimiento paradójico del modelo permite mantener un espacio para lo singular; en efecto se trata de un universal que, por integración de lo negativo, permite el espacio de un “no-todo” y por ende, una negativización de su universalidad (“Si clásicamente”, párr.33)

La interpretación de caso como metodología de investigación. En el apartado anterior se abordó el uso de los conceptos en psicoanálisis como herramientas de investigación, puntualizando que la finalidad no es dogmatizar, axiomatizar o universalizar en relación a los hallazgos derivados de la clínica, en este caso particular, de la experiencia singular de las mujeres durante el posparto. En su lugar, se propone un ejercicio de formalización de ciertos hallazgos, como una lectura posible del material que emergió de la experiencia clínica, en el entendido de que en esta precipitación en la forma de conceptos, siempre queda un resto sin abordar. Así, echará mano de la interpretación del caso como herramienta metodológica para dar cuenta de este segundo tiempo de formalización de los hallazgos de la clínica. Al respecto Magtaz y Tosta (2012) refieren que:

O trabalho de interpretação do caso teria, para o clínico pesquisador, a função de colocar em palavras – a formulação de uma situação problemática – aquilo que ele viveu na transferência e apresentou-se como surpreendente enigmático. A interpretação em análise visa, antes de tudo, a eliminação das resistências, da tendência a selecionar o material a ser analisado. O trabalho de interpretação do caso em pesquisa seria, então, um trabalho de associação do clínico pesquisador para superar suas resistências na formulação de um problema de pesquisa, e poder ficar livre em sua atenção e favorecer o pensamento metapsicológico (p.76).

[El trabajo de la interpretación del caso tendría, para el clínico investigador, la función de poner en palabras –la formulación de una situación problemática- aquello que vivió en transferencia y se presentó como sorprendente enigmático (...) sería, entonces, un trabajo de asociación del clínico investigador para superar sus resistencias en la formulación de un problema de investigación, y poder permanecer libre en su atención y favorecer el pensamiento metapsicológico. Este delicado y complejo proceso involucra principalmente la memoria, es decir, aquello que fue vivido y olvidado, porque sin olvido no hay memoria. Se evidencia de esta manera, la formación como actividad indispensable para la libre asociación].

De acuerdo con los autores, eso sorprendente enigmático es lo que mueve al clínico de sus convicciones preconcebidas, lanzándolo a la dimensión de la duda. Junto a lo sorprendente enigmático se articula la noción de *chôra* retomada por Fédida (1991), *chôra* sería el lugar de lugares, virgen de cualquier marca. Es informe, pero no porqué carezca de forma, sino porqué, tal como lo señala Bataille de quien Fédida (2006) retoma el término, “es la puesta en movimiento efectuada por el lenguaje de lo que se ofrece solamente un instante como una forma” (p.26).

Este tiempo de formalización implica entonces hacer representable parte de lo acontecido en la experiencia clínica, hacerlo representable en este caso a través de los conceptos o modelos psicoanalíticos, en una suerte de interpretación del caso. Es importante aclarar que, para los fines del presente trabajo es imprescindible establecer una diferencia entre interpretación y construcción de caso, para lo cual acudimos a la diferencia propuesta por Figueiredo (2004) quien puntualiza que “la construcción de caso es una disposición de los elementos del discurso que apunta a conducir; la interpretación es puntual y apunta a un sentido” (p. 78). Para esta autora, la construcción de caso tiene como objetivo el compartir elementos de cada caso en un trabajo conjunto, lo cual no sería posible en un trabajo de interpretación, en este sentido, la construcción sería un método clínico de mayor alcance en comparación con la interpretación.

Por lo tanto, lo aquí se propone es una interpretación de caso, no una construcción. Se propone interpretación en función de varias determinantes que se pusieron en juego, tales como el período de estancia de las mujeres en el hospital, el cual comprendía entre 24 a 72 horas después del parto, lo cual dificultó la puesta en marcha de seguimientos clínicos, acotando la intervención a una o dos sesiones máximo; de ahí que no pueda hablarse en sentido estricto de conducción de la cura, ni de proceso analítico, y por lo tanto, tampoco de supervisión de caso en grupo, más bien se puede hacer referencia a una supervisión de la práctica clínica.

Una precisión más, de acuerdo con Magtaz y Tosta (2012) “a interpretação do caso não contém uma dimensão explicativa, isto é, o caso não deve ser explicado em seu relato, como se faz no método do estudo de caso” (p.77) [la interpretación del caso no contiene una dimensión explicativa, es decir, el caso no debe ser explicado en su relato, como se hace en el método de estudio de caso]. Para fundamentar lo anterior los autores se remiten al texto “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico” de Freud (1912) en el cual este hace una reflexión sobre la

importancia del caso clínico en psicoanálisis, puntualizando que uno de los méritos que el psicoanálisis reivindica para sí es el hecho de la no coincidencia entre investigación y tratamiento.

Finalmente, es importante notar que, el caso es el que formula el clínico, en medida alguna se puede equiparar caso=paciente, “É do clínico que se trata quando se trata do caso, do clínico e de seu desejo de transformar sua vivência em experiência socialmente compartilhada por meio de um tema de investigação” (Magtaz y Tosta 2012, p.77) [Es del clínico de quien se trata el caso, del clínico y de su deseo de transformar su vivencia en experiencia socialmente compartida por medio de un tema de investigación].

Resultados

En este apartado se presentan una serie de reflexiones a manera de resultados de acuerdo al orden propuesto en el diseño de intervención y evaluación. Recapitulando, en el diseño, con fines didácticos y metodológicos, se propuso la existencia de dos tiempos: un primer tiempo que comprende la experiencia clínica en sí misma, y un segundo tiempo correspondiente al trabajo de formalización a través de la escritura utilizando como metodología la interpretación del caso.

Tiempo I: Reflexiones en torno a la experiencia clínica. Este primer tiempo del que se habla constituye un tiempo empírico, un tiempo en movimiento, es el tiempo de la experiencia clínica en sí misma, por lo tanto, de este primer tiempo ¿Qué se puede decir? ¿Cómo reflexionar en torno a una experiencia clínica con fundamento psicoanalítico? Y puesto que lo que se solicita aquí es una evaluación, ¿Se trata de discutir el cumplimiento o no cumplimiento de un objetivo clínico? Para discutir en torno al propósito clínico de la intervención, es preciso colocar en telón de fondo a través del cual se podrán distinguir mejor los alcances de la misma. Este telón de fondo es el contexto médico/hospitalario puesto que sin este referente, la experiencia clínica

pierde consistencia. Es así como, en territorio médico, la intervención clínica tuvo como propósito el despliegue de la singularidad a través de la puesta en marcha de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica. Como se dijo antes, este despliegue de la singularidad (cuya formalización se aborda en los cuatro ejes propuestos en el apartado de interpretación de caso) adquiere mayor consistencia cuando se le coloca como telón de fondo la institución hospitalaria, lugar y espacio en el que se privilegia lo orgánico, regido fundamentalmente por procedimientos estandarizados, y que paradójicamente, en su intención de no dejar lugar a lo contingente, es un lugar atravesado eminentemente por la contingencia, siendo la singularidad una dimensión contingente en sí misma.

Por lo tanto, no se pretende aquí validar la experiencia clínica, en su lugar se propone avanzar sobre las condiciones de posibilidad que crea el dispositivo para el despliegue de dicha singularidad. En este sentido, se retoman las palabras de Pujó (2001) quien señala que

(...) dar lugar al sujeto en el escenario hospitalario exige poner efectivamente en suspenso las respuestas preestablecidas, los saberes, los ideales, lo que se debe o no se debe hacer, supone por lo mismo des-suponer el saber a la institución, en algún sentido, descompletarla, destotalizarla, para poder dar lugar a lo inesperado de una singularidad, no desconociendo, por supuesto, que la dificultad que implica la sorpresa es, por esencia, enemiga de lo burocrático (p.10).

Es así como, lo que estuvo en juego fue la posibilidad de crear, en el marco de la institución hospitalaria, un espacio en el cual las pacientes pudieran dar libre curso a su palabra, lo anterior sin que la escucha del clínico estuviese permeada por ese *furor sanandi* del que habla Freud (1915 [1914]) que buscaría moldear al sujeto en ideales pre-establecidos, en este caso, en ideales respecto a la maternidad, ideales que marcan pautas, que exigen y presuponen al sujeto.

De ahí que, la intervención clínica posibilitó lo que en la definición freudiana se llama:

uma *seeliche Behandlung*: um tratamento do psíquico pelo psíquico, ou seja, pela palavra. (...) *Be-hand-lung*, fundam-se na recusa da influência e da sugestão e na busca da produção de um dispositivo de fala em transferência, que interpela menos o sentido do que o Real organizado pela fantasia (Costa, M. y Siqueira, D., 2002, p. 16).

[una *seeliche Behandlung*: un tratamiento de lo psíquico por lo psíquico, o sea, por la palabra (...) *Be-hand-lung*, se funda en una negativa de la influencia de la sugestión en una búsqueda de producción de un dispositivo del habla en la transferencia, que interpela menos al sentido que a lo Real organizado por la fantasía].

Finalmente, es el espacio-tiempo de la situación analítica con todos sus elementos, el lugar privilegiado de lo singular, en este caso, de lo singular que emerge a partir de la experiencia posparto de las mujeres. Puesto que “avant de s’écire et de chuter dans un cas, ce qu’il y a de singulier dans la clinique analytique, d’abord et avant tout, advient (sans mot dire) (Nioche, 2012, p.9) [antes de escribirse y de descender a la forma de un caso, eso que hay de singular en la clínica analítica, desde un inicio y antes que nada, sucede (sin una palabra)]. Lo singular en estos términos no es entonces un postulado, una categoría, lo singular es movimiento, es contingencia, es lo inesperado, en resumen, lo singular es lo inconsciente puesto en juego en la situación analítica, por lo tanto, tal como lo señala Nioche (2012), lo singular es más bien el nombre de un proceso. Crear las condiciones de posibilidad para la emergencia de lo singular, consiste en términos Freudianos no “en extirpar algo -hoy la psicoterapia es incapaz de tal cosa- , sino en disolver la resistencia y así facilitar a la circulación el camino por un ámbito antes bloqueado”, líneas más adelante Freud (1893-95) señala que si quisiera esquematizar su modo de trabajo,

“podría decir, tal vez, que uno toma a su cargo la apertura de estratos más internos, el avance en el sentido radial, mientras que el enfermo se encarga del ensanchamiento periférico”(p. 297).

Tiempo II: Referentes teórico-clínicos- Interpretación del caso.

Eje I. Posparto inmediato, puesta en marcha del proceso primario. En 1900, a partir de su indagación en torno a la formación y el trabajo del sueño, Freud señala que el trabajo de la interpretación del sueño es una de las vías privilegiadas para el conocimiento de lo inconsciente. Es así como llegará a proponer dos modos de funcionamiento para el primer esquema de aparato psíquico propuesto en aquel entonces: el proceso primario y el proceso secundario.

El psicoanálisis afirma la cualidad inescrutable que reviste el sistema inconsciente, al respecto, se sabe que el proceso primario es característico del sistema inconsciente. Sin embargo, a pesar de esta cualidad impenetrable, Freud (1915) advierte que:

(...) sólo se vuelven cognoscibles para nosotros bajo las condiciones del soñar y de las neurosis, o sea, cuando procesos del sistema Prcc, más alto, son trasladados hacia atrás, a un estadio anterior, por obra de un rebajamiento (regresión). En sí y por sí ellos no son cognoscibles, y aun son insusceptibles de existencia, porque en época muy temprana al sistema Icc se le superpuso el Prcc, que ha arrastrado hacia sí el acceso a la conciencia y a la motilidad (p. 185).

Con lo anterior vale entonces preguntarse por la ruta a través de la cual representaciones preconscientes se atraen y se unen con representaciones inconscientes, siendo esta la única ruta posible que permite la manifestación de contenido inconsciente. Es esta fuerza de atracción lo que parece tener lugar en ocasión del posparto inmediato dado que el discurso de estas mujeres se asocia a partir del evento actual con rememoraciones del pasado. Ocurre en este sentido, una especie de asociación de representaciones, tal como lo refiere Freud en relación al sueño. Estas

asociaciones pueden parecer en primera instancia carentes de significado, fuera de lugar o absurdas, no obstante, tal como el contenido del sueño, son asociaciones con extrema riqueza inconsciente.

Cuando la paciente T comienza a hablar, de inmediato refiere sentirse muy triste debido a que recientemente le han robado a su perrita, *le lloré bastante enfatiza a pesar de que la trataba muy mal, la golpeaba... me ponía celosa de la perrita, la aventaba cuando se le acercaba a mi esposo para lamerlo o jugar*. Más adelante, cuando comienza a hablar en relación a su embarazo, refiere que no le dijo a sus padres sino hasta ya avanzado el mismo puesto que le daba vergüenza, se ocultaba el vientre con ropa holgada y una vez que decide comunicarle a sus padres, refiere que su madre y sus hermanos varones se enojaron mucho ya que constantemente le comentaban *ese hombre no vale la pena*, y continúa *aún recuerdo la cara de coraje de mi mamá*. El material psíquico evocado al inicio de la sesión por parte de la paciente T, tiene el carácter del proceso primario, puesto que pone en marcha los procesos de desplazamiento y condensación, mecanismos príncipes del proceso primario. La tristeza que le acompañó durante todo el embarazo y en el posparto por el hecho de haber decepcionado a sus padres y hermanos, es desplazada al evento del robo de la mascota, colocándola como el objeto de las mociones pulsionales inconscientes.

Ahora bien, al introducir la existencia del proceso primario, Freud (1900) dice no hacerlo “sólo por referencia a su posición en un ordenamiento jerárquico ni a su capacidad de operación, sino que al darle ese nombre me refería también a lo cronológico” (p. 592). Enfatiza esta dimensión cronológica puesto que los procesos primarios en realidad están dados en el aparato psíquico desde el comienzo, y advierte que “los secundarios sólo se constituyen poco a poco en el curso de la vida, éstos inhiben a los primarios, se les superponen” (p. 592).

Sin embargo, en ciertos fenómenos como el sueño y los síntomas neuróticos, estos procesos psíquicos primarios en ocasiones llegan a hacer mayor presencia que los procesos secundarios, es decir, parece ocurrir una especie de irrupción de lo inconsciente a través del proceso primario para lo cual el sistema preconciente funciona como puente. Esto ocurre como consecuencia del desarrollo tardío de los procesos secundarios. En este sentido Freud (1900) señalará que lo que en realidad está en el núcleo de nuestro ser, son mociones de deseos inconscientes, dicho núcleo permanece inaprehensible y no inhibible para el preconciente. A pesar de esto, dentro de este sistema preconciente, en realidad acechan representaciones que provienen de las fuentes de deseos inconscientes, éstas establecen conexión con el sistema preconciente transfiriéndole energía que en realidad pertenece al deseo inconsciente, por lo que se puede decir que entonces una ilación de pensamiento hasta entonces preconciente ha sido arrastrada al inconsciente.

Finalmente, basta recordar que desde el punto de vista económico y dinámico, el proceso primario se caracteriza por el hecho de que la energía psíquica fluye libremente, es decir, se habla de energía no ligada que pasa sin trabas de una representación a otra a través de los mecanismos de desplazamiento y condensación. Entonces, si lo que se pone en juego durante el posparto inmediato es el proceso primario, próximo a lo inconsciente, de ahí que las representaciones que son evocadas por estas mujeres resulten un tanto dislocadas o fuera de lugar, explicación válida también para el sentimiento de extrañeza que llegan a experimentar algunas de ellas.

Eje II. Unheimlich, signo de malestar. A partir de la consiga estoy aquí para escucharla, algunas de estas mujeres comenzaban a dar libre fluidez a la palabra. La puerta de entrada a estas sesiones clínicas en hospital no puede definirse mejor que bajo aquello que Freud en 1919 denominó con el nombre de Unheimlich, (en su traducción al francés es l'inquiétant étrangeté

mientras que en castellano se le ha traducido como lo ominoso o lo siniestro), experiencia que se relaciona directamente con el retorno de lo reprimido.

Freud (1919) apoyándose sobre las ideas del oftalmólogo Schelling, advierte que se vive como ominoso todo aquello “que estando destinado a permanecer en el secreto, en lo oculto, (...) ha salido a la luz' (Schelling)” (p. 224).

Tal como lo muestra el inicio de la sesión con la paciente E: *hay cosas que no se olvidan, hay huecos, huellas que nunca se borran y personas que no regresan... enseguida de la muerte de mi hermana yo me puse una meta, casarme, quedar embarazada, tener un hijo y morirme... lo único que quería era dejar un fruto en esta vida, dejar algo en el mundo.* Enseguida la paciente comienza a hablar en relación a las condiciones de la muerte de su hermana, las cuales aún no alcanza a comprender del todo, refiriéndose a ellas como *raras*. Meses después de este acontecimiento sucede el fallecimiento de su abuela materna y unos años después muere también su hermano. En general el discurso de la paciente estaba acompañado por una profunda tristeza, llanto y desesperanza.

Es importante señalar que de ninguna manera se pretende dejar entrever que sea el hijo quien resulte ominoso en sí para la madre, no en este caso particular. En cambio se sugiere que es la presencia del hijo y la situación del posparto en su conjunto lo que convoca en la mujer esta experiencia, en una especie de llamado hacia lo inconsciente, derivado sin duda de la historia y de la estructura psíquica de la madre. En este caso particular, se advierte que la presencia del hijo se acompaña de tres muertes para la paciente, lo cual produce una unión indisoluble y ominosa entre vida y muerte.

Resulta que la palabra heimlich tiene la cualidad de evolucionar hacia la ambivalencia. Es una noción cuya significación puede transitar hacia su opuesto al operar un viraje que va desde lo

familiar hacia aquello que es vivido como extraño, ajeno y por lo tanto ominoso. Pero no es que lo nuevo devenga ominoso en sí mismo aclara Freud, no es algo extranjero, sino que en el fondo la Unheimlich es algo que al mismo tiempo es extraño y familiar para la vida psíquica. Unheimlich proviene en realidad de lo familiar que ha devenido extraño por el proceso de represión: lo reprimido es lo que retorna en forma de angustia, además tal como lo señala Freud (1919) “En lo ominoso que proviene de complejos infantiles no entra en cuenta el problema de la realidad material, remplazada aquí por la realidad psíquica” (p. 248).

De ahí que el proceso primario gane terreno al proceso secundario, y por esta razón ocurre que se otorga un mayor peso a la fantasía en tanto que la realidad es interpretada a través de ésta. Muestra de ello es lo que refiere la paciente RM cuando llora de manera intensa después de que le informan sobre la probable hospitalización de su hija con fines de observación debido a la presencia de ictericia. Es así como, enseguida de que el médico le informa la noticia la paciente comienza a llorar, negándose a dejar a su hija, diciendo: *es que yo tenía la ilusión de tenerla, de llevármela a la casa... ahora qué le voy a decir a mi otro hijo cuando me pregunte por su hermanita, ahí es cuando no voy a poder* y más adelante añade *y es que por lo que a veces pasa de que los matan o se los roban, entran personas al hospital y se los roban... es que yo veo mucho las novelas y he visto que eso pasa y por eso me da miedo*; una vez que se detiene el llanto, agrega *no he querido ni darle pecho a la bebé porque así como estoy siento que le va a hacer mal*.

Se debe resaltar que aun cuando múltiples variables se ponen en juego en la experiencia del posparto, no es la cualidad de lo novedoso de dicho evento lo que lo hace derivar en una experiencia ominosa fuente de malestar. La fuente potencial de dicho malestar parece estar más

bien relacionada con aquello que viene a reactualizar, aquello con lo que se ha de conectar, es decir, con lo reprimido a lo que se liga y cuya cualidad es la insistencia constante de retorno.

Otra paciente rememora el tema de la muerte de uno de sus familiares, al respecto refiere: yo me acuerdo de cuando se murió mi cuñado, se suicidó, y es que a mí me tocó verlo ahorcado, colgado... mi esposo quiere que el niño se llame como mi cuñado pero yo no quiero. He aquí la inquietante extrañeza de estas reminiscencias a la que se añade el carácter súbito, insólito e inédito. Nuevamente se observa que la ocasión de la llegada del hijo es acompañada por la reminiscencia de una muerte. Lo anterior ilustra la experiencia de lo ominoso en el posparto, dando cuenta de la puesta en marcha del proceso primario en el sentido en que arrastra a las representaciones preconcientes hacia lo inconsciente gracias a la atracción que se mantienen entre ambos sistemas, se puede deducir que la regresión se pone en marcha también en ocasión del proceso primario. Proceso primario y regresión entonces, apuntan hacia una cualidad de los procesos psíquicos que Freud en el texto de 1915 titulado “De guerra y muerte. Temas de actualidad” subraya con las siguientes palabras: “Ahora bien, los estados primitivos pueden restablecerse siempre; lo anímico primitivo es imperecedero en el sentido más pleno” (p. 287).

Eje III. Procesos regresivos y plasticidad psíquica. Con el primer esquema de aparato psíquico propuesto por Freud en 1900 se devela la posibilidad de dar una localidad a los procesos psíquicos, evidentemente una localidad no anatómica. De manera que, al hablar ya de instancias o sistemas, con este esquema se introducen dos dimensiones que permiten dar consistencia al aparato psíquico, la temporalidad y la espacialidad dotando además a este esquema de una direccionalidad.

En 1914 Freud agrega una nota al texto sobre la regresión en la cual indica que tanto en la formación de los síntomas neuróticos como en la formación del sueño, la regresión desempeña un papel por demás importante. Distingue así tres modos de regresión:

(...) a) una regresión tópica, en el sentido del esquema aquí desarrollado de los sistemas y; b) una regresión temporal, en la medida en que se trata de una retrogresión a formaciones psíquicas más antiguas, y c) una regresión formal, cuando modos de expresión y de figuración primitivos sustituyen a los habituales. En el fondo los tres tipos de regresión son uno solo y en la mayoría de los casos coinciden, pues lo más antiguo en el tiempo es a la vez lo primitivo en sentido formal y lo más próximo al extremo perceptivo dentro de la tópica psíquica (Freud, 1900, pp. 541-542).

Interesa subrayar las líneas con las cuales Freud concluye su nota agregada, puntualizando que en realidad los tres tipos de regresión son uno solo. En este sentido, el objetivo aquí no es el de clasificar o detectar que tipo de regresión se puso en marcha en qué caso. En su lugar, se pretende profundizar en la riqueza de la introducción de dicha cualidad de los procesos psíquicos, puesto que con la noción de regresión se distancia de la concepción de un desarrollo que tiende a la normalidad y que respeta el orden cronológico del tiempo, pronunciándose más bien a favor de la permanencia de lo antiguo, lo cual otorga una cualidad diacrónica a la vida psíquica.

La regresión en sentido estricto no es propia del trabajo del sueño tal como lo indica Freud (1900), acompaña también al recordar deliberado y a otros procesos del pensamiento normal puesto que corresponde a una marcha hacia atrás {Rückschreiten} dentro del aparato psíquico, es decir, una marcha hacia atrás desde algún acto complejo de representación hasta el material en bruto de las huellas mnémicas que están en su base. Este material en bruto es el que se hizo presencia en la experiencia clínica. Claro está que no en su condición pura, sino a través

de una puesta en marcha de asociaciones de representaciones preconscientes ligadas de manera estrecha con el sistema inconsciente.

Una metáfora referida en el historial del caso Dora resulta bastante esclarecedora para fortalecer esta idea: “Las corrientes de agua que tropiezan con un obstáculo en su cauce se volcarán a un cauce antiguo que parecía destinado a permanecer seco” (Freud, 1905, p. 45). Es así como, al introducir la noción de regresión, sobreviene una aportación crucial. Si en la vigilia Freud (1900) apunta que la dirección del proceso psíquico tiene un carácter progrediente {progredient}, se está entonces autorizado a decir que el sueño tiene carácter más bien regrediente {regredient}. La capacidad de avanzar y retroceder en el tiempo, en la estructura y en el material psíquico, permite introducir una dimensión temporal diacrónica, donde lo antiguo puede permanecer en el presente.

Es este resurgimiento del pasado en el presente, lo que se develó a través de la experiencia clínica. Esta marcha hacia atrás en el tiempo y los modos de funcionamiento, dilucidados a través de la noción de regresión. Ahora bien, el trabajar en torno a la noción de regresión para dar cuenta de lo acontecido en la clínica, implica desprenderse fundamentalmente de nociones que desde un marco evolutivo tendiente a la normalidad, entienden la regresión en un sentido involutivo, patológico y por lo tanto peyorativo. Por el contrario, lo que aquí se sustenta se inscribe en los desarrollos hechos por Fédida (2006) en el tema de la regresión. Así, para este autor, la regresión se concibe en realidad como “restituyente de la plasticidad y de la integridad de lo anímico primitivo (das primitive Seelische)” (p. 236).

Para esta aseveración, Fédida retoma el texto freudiano titulado “De guerra y muerte. Temas de actualidad” de 1915 el cual hace referencia a la plasticidad de la vida psíquica. En este texto, Freud utiliza una metáfora en relación al desarrollo de una aldea y de un niño, afirma que

mientras la aldea y el niño crecen hasta convertirse en ciudad y hombre respectivamente, desapareciendo posteriormente tanto la presencia de la aldea en la ciudad y del niño en el hombre, en el desarrollo anímico las cosas suceden de manera diferente puesto que:

Aquí la situación no es comparable con aquellas, y no puede describirse sino aseverando que todo estadio evolutivo anterior se conserva junto a los más tardíos, devenidos a partir de él; la sucesión envuelve a la vez una coexistencia, y ello a pesar de que los materiales en que transcurre toda la serie de transformaciones son los mismos. Por más que el estadio anímico anterior no se haya exteriorizado durante años, tan cierto es que subsiste, que un día puede convertirse de nuevo en la forma de manifestación de las fuerzas del alma, y aun en la única forma, como si todos los desarrollos más tardíos hubieran sido anulados, hubieran involucionado. Esta plasticidad extraordinaria de los desarrollos del alma no es irrestricta en cuanto a su dirección; puede designársela como una capacidad particular para la involución –para la regresión–, pues suele ocurrir que si se alcanza un estadio de desarrollo más tardío y elevado no pueda alcanzárselo de nuevo. Ahora bien, los estados primitivos pueden restablecerse siempre; lo anímico primitivo es imperecedero en el sentido más pleno (Freud, 1915, pp. 286-287).

Esta extraordinaria plasticidad de los desarrollos del alma ilustrada a través de la regresión permite dar lectura de las manifestaciones subjetivas de las pacientes en el posparto inmediato. Por consiguiente, este estado psíquico particular descrito por diferentes autores, ya sea a través de la noción de *permeabilidad psíquica* propuesta por Raphael-Leff, (1993) o el término *transparencia psíquica* que sugiere Bydlowski, (1997), pueden ser repensados a través de esta plasticidad de los desarrollos del alma, cualidad que como bien lo señala Freud no es irrestricta en cuanto a su dirección.

Fédida en 2006 en el libro titulado “¿Por dónde comienza el cuerpo humano? Retorno a la regresión”, propone, a partir de la experiencia ineludible de la situación analítica, un retorno a la regresión. Plantea que “si bien la regresión muestra la plasticidad de los desarrollos anímicos y las condiciones humanas de su restitución intacta, tal regresión –tópica- sólo tiene lugar en la situación que le concede la disposición de reconocimiento adecuado” (p. 60). De ahí que, la puesta en marcha de una situación analítica la cual se llevó a cabo literalmente junto a la cama de las pacientes en el hospital, se inscribe en esto que señala Fédida, es decir, como una situación que crea condiciones de posibilidad para el reconocimiento y evidentemente el despliegue adecuado de dicha plasticidad de los desarrollos anímicos.

Eje IV “Ese fragmento del tiempo en estado puro” (Fédida, 2006, p. 103). En estos encuentros clínicos tuvo lugar un hallazgo importante. Estas mujeres tendían a evocar fragmentos del pasado a manera de reminiscencias acompañadas de dolor. El discurso de estas mujeres giraba alrededor de la muerte de algún ser querido, en relación a un suceso pasado violento tal como la experiencia de una violación, episodios de riñas familiares frecuentemente en relación con la madre, recuerdos infantiles dolorosos, etc. Estas mujeres tendían a construir un discurso en torno al sufrimiento poniendo en juego fragmentos del pasado que parecían reactualizarse con motivo del nacimiento del hijo y con ello todo lo que implica el posparto inmediato. A partir del discurso de estas mujeres, de los fragmentos de historia convocados en la sesión, de los recuerdos y las reminiscencias del pasado, cabe preguntarse qué es lo que lleva a evocar estos fragmentos del pasado justo en ese momento, horas después del parto. Contrariamente a lo esperado socialmente, estas mujeres solían hablar poco en relación a su hijo recién nacido y en relación a la situación actual del posparto, dando lugar de esta manera a una paradoja puesto que en la que en ocasión de dar vida se construye un discurso en torno al sufrimiento y la muerte.

A propósito de las reminiscencias, al trabajar el retorno a la regresión Fédida las ubica como una manifestación de este retorno en el marco de la situación analítica. En este sentido retoma una puntualización de Aristóteles en los Tratados breves de historia natural quien señala que “la reminiscencia se produce y el recuerdo la sigue” (Aristóteles, citado en Fédida, 2006, p. 103). Las reminiscencias son ese fragmento de tiempo en estado puro en el sentido en que “los ‘verdaderos recuerdos’ son recuerdos en el presente. Son pues, recuerdos cuya reminiscencia trae la creencia viva del presente vivido. Quien recuerda, ve el lugar donde está, habla ese ‘presente’ que habita” (Perret, 1992; citado en Fédida, 2006, p. 107).

Estos fragmentos del tiempo, estas reminiscencias, son formaciones psíquicas con las que Freud se encontró en realidad desde un inicio en la experiencia analítica. Basta revisar sus primeros textos a propósito de la histeria. Al respecto, en el texto “Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar” (1893-95), señala que “el histérico padece por la mayor parte de reminiscencias” (p. 33). Hay que aclarar que en esta época Freud se encontraba tras la confirmación de la teoría del trauma. Buscaba perseguir e indagar hasta lo más profundo con la consigna de que “las reminiscencias en apariencia inconexas están estrechamente enlazadas por unas ataduras de pensamiento y llevan por la vía más directa al momento patógeno buscado” (p. 283).

Más adelante da un giro, puesto que ya no se trataba de buscar el momento patógeno, sino que descubre que en realidad “no son las vivencias mismas las que poseen efecto traumático, sino sólo la reanimación como recuerdo, después que el individuo ha ingresado en la madurez sexual” (Freud, 1896, p. 165). En la situación en cuestión, las mujeres que atraviesan cierto malestar en el posparto, al igual que aquella afirmación de Freud al referirse a la histeria, son mujeres que

sufren de reminiscencias, cuyo malestar no emerge en realidad del evento ocurrido tiempo antes, sino en su reanimación precisamente en ocasión de dar a luz.

Una vez dejada atrás la teoría del trauma y su correspondiente técnica de abreacción, es claro que la manifestación de reminiscencias en el marco de la situación analítica durante el posparto permite ilustrar la plasticidad de los desarrollos del alma tal como le llama Freud en 1915. En tanto que develan aquello anímico primitivo imperecedero, estas reminiscencias adquieren entonces el mismo estatus que los sueños, las ensoñaciones, los delirios, los lapsus, los síntomas etc., dado que todas estas formaciones son lenguaje, es decir, hacen signo, tal como las formaciones de lo inconsciente.

Conclusiones

A continuación se presentan una serie de aspectos conclusivos. Con fines didácticos se organizan en dos grandes ejes: conclusiones de orden clínico y conclusiones de orden metodológico.

Conclusiones clínicas.

Puntualizaciones en torno a la singularidad. La noción de singularidad atraviesa todo el cuerpo de este trabajo. En el capítulo correspondiente al modelo de la intervención se articuló esta noción con la de contingencia, entendiendo la singularidad como una dimensión contingente en sí misma, como aquello del orden de lo inesperado, de lo no previsto, de lo que hace fisura, en sentido estricto como aquello que puede o no puede ser de acuerdo con Aristóteles. Así, la puesta en marcha del dispositivo tuvo como objetivo la atención a la singularidad, lo cual implica la creación de las condiciones propicias para que ésta emerja. Sin embargo, poco se insistió en que la singularidad aquí entendida es contingente en tanto próxima a lo inconsciente. Por lo tanto,

posibilitar el despliegue de la singularidad implica crear condiciones de posibilidad para que, en el despliegue de la palabra, el lenguaje se encuentre con las formaciones de lo inconsciente.

Lo singular contingente, es lo singular inconsciente. De manera que, lo singular no es solo el individuo, en este caso en particular, no es solo la mujer en tanto una, lo singular en el posparto inmediato implica convocar aquello que parece insistir con toda su fuerza, ya sea a través de lo incomprensible del llanto, lo dislocado de las reminiscencias, del sinsentido de una queja. En definitiva, dar espacio a todo aquello que no tiene razón de ser es dar lugar a lo singular inconsciente, posibilitarle una circulación a través de la palabra.

El malestar, una posible vía de trámite en el posparto. Es importante recapitular brevemente la caracterización de este malestar, el cual se evidenció a través del llanto, tristeza, quejas diversas, miedos, incertidumbre y la evocación de reminiscencias, entre otras. Manifestaciones que generalmente eran tomadas como incomprensibles, sin razón, ordinarias, leves, calificativos que llevan a banalizar y desacreditar la experiencia de estas mujeres. En el marco de una situación analítica, estas manifestaciones cobran una dimensión de verdad y por lo tanto, en ese camino hacia lo desconocido en palabras de Le Poulichet (2004) adquieren más bien un carácter enigmático. Es así como, un dispositivo con fundamentación psicoanalítica que facilita la emergencia de la contingencia más que su control, permite con ello el despliegue de la singularidad a través de la palabra, y con ello, de las formaciones de lo inconsciente.

En este contexto la pregunta es ¿Qué función particular vienen a ocupar las diversas manifestaciones de malestar justo en la ocasión del posparto? Se avanza sobre la idea de que estas diversas manifestaciones de malestar, por su aparente carácter dislocado, desfasado, desarticulado de la situación actual, tienen la función de hacer las veces de *disfraz*, al ocultar y develar a la vez una verdad. Tal como lo señala Fédida (2006) respecto a la regresión en el sueño,

“la regresión utiliza ese presente de la imagen visual del sueño para ver una ceguera que nada dice de lo que está detrás” (p. 239). Por lo tanto, son manifestaciones que disfrazan, pero no por ello mienten, sino que develan una verdad. La enigmática verdad inconsciente que se oculta y se devela, que aparece deformada tal como el sueño. Entonces, estas manifestaciones tienen la función de hacer signo de lo inconsciente, hacer apenas signo, puesto que no se pretende afirmar que la situación clínica conlleva un trabajo de elaboración psíquica como el que se lleva a cabo en la cura analítica, bajo transferencia. En cambio, de lo que se trató aquí fue de apenas crear las condiciones de posibilidad para que aquello inconsciente que parecía insistir a través de todas esas manifestaciones de malestar, tuviese otra vía de circulación, esta vez a través de la palabra.

La transparencia psíquica que en palabras de Bydlowski (1997) es un estado emergente de lo inconsciente, en el marco de una situación analítica, lleva a estas mujeres a la elaboración de una suerte de desplazamientos consecutivos, subrayando que son desplazamientos en tanto que precisamente, la censura no es levantada en ningún momento, es una verdad entonces que se deja ver a través de un disfraz, tal como el sueño. Finalmente, es importante puntualizar que el objetivo de este trabajo de intervención-investigación no fue el provocar algún tipo de elaboración psíquica como el que se lleva a cabo en una cura clásica. El objetivo más consistió en posibilitar el despliegue de la singularidad próxima a las formaciones de lo inconsciente a través de la palabra, es decir, facilitar otro camino de circulación a aquello que insistía en manifestarse a través de vías como el llanto y la queja.

Situación analítica no equivale a proceso analítico o a cura analítica. En algún otro apartado se problematizó en torno a la situación analítica como herramienta de intervención. Corresponde aquí hacer solo algunas precisiones. Situación analítica no es sinónimo de proceso analítico, cura analítica o acto analítico. De ninguna manera se pretende afirmar que el

calificativo analítico hace referencia a un trabajo precisamente analítico por parte de las pacientes, puesto que, entendiendo la singularidad en su dimensión contingente, es imposible determinar a priori que en la sesión clínica se llevará a cabo tal proceso. En sentido estricto no se está en condiciones de aseverar un trabajo analítico por parte de las pacientes. Entonces ¿Qué es lo que le otorga el calificativo analítico a la intervención? Se sustenta que es la posición particular del clínico. Una posición de escucha frente a la radical singularidad del otro. Diferente de prácticas que se llevan a cabo desde una posición del saber. Esta posición del clínico es la que posibilita en realidad la puesta en marcha de un dispositivo con fundamentos psicoanalíticos, puesto que es el clínico el que permite la circulación de la palabra, sabiendo que en la palabra emerge la singularidad, y por ende, posibilita la escucha de aquello que dice el otro como algo único, dejándose sorprender.

La dificultad de dar forma a la intervención híbrida que de alguna manera se pone en marcha en la institución hospitalaria presenta cierta complejidad, entendiendo como híbrido algo que está formado por elementos de distinta naturaleza, puesto que es claro que en la noción de dispositivo se incluyen elementos diversos no solo psicoanalíticos, entonces, ¿De qué manera poner en marcha una intervención clínica con fundamentos psicoanalíticos en una institución hospitalaria sin traicionar de alguna forma a su método y objeto de estudio?

En otro apartado de este trabajo se propuso que la dimensión contingente atraviesa el dispositivo en cuestión, contingencia no sólo respecto a cuestiones situacionales, sino también entendiendo la singularidad en su dimensión fundamentalmente contingente. Por lo tanto, en medio de un contexto en el cual lo inesperado es lo que prima, la propuesta particular es precisamente, crear un espacio no para frenar o ir contra la contingencia, sino un espacio que la privilegie y la acoja. Aun cuando elementos de distinta naturaleza conviven en el contexto

hospitalario, entendiendo estos elementos como distintos campos del saber con sus prácticas de distinto orden tales como profesionales médicos, de enfermería, trabajadores sociales, puericultoras, educadoras, administrativos; así como los familiares de las pacientes, que en algún momento también entran en escena; la apuesta es que el dispositivo en cuestión permanece fiel a su método y objeto, es decir, no se trata de mezclar distintas prácticas, sino, si es el caso, convivir con otros referentes, utilizar otros procedimientos siempre al servicio del eje rector: la atención a la singularidad.

En conclusión, situación analítica no equivale a cura analítica, acto analítico o proceso analítico; situación analítica hace referencia a una posición particular. Como su nombre lo refiere, situar viene del latín situs que es colocar, posicionar. Y esta posición es precisamente la del clínico, una posición de escucha frente a la radical singularidad del otro desplegada en su palabra. Entonces, situación analítica refiere a un dispositivo con fundamentos psicoanalíticos que crea condiciones de posibilidad para el despliegue de la singularidad a través de la palabra, evidentemente teniendo al clínico como el elemento principal que vehiculiza dicho trabajo.

Sobre los efectos terapéuticos. Este despliegue de la singularidad trajo consigo ciertos efectos terapéuticos que no figuraban a priori en los objetivos. La definición de efectos terapéuticos se inscribe en los desarrollos Rubestein (2009) para quien hacen referencia a un estado de alivio y/o desaparición de un padecimiento tanto en el cuerpo como en el pensamiento. Si bien por su definición forman parte de la lógica institucional de salud, en tanto responde a la exigencia de otorgar salud al enfermo, en sentido estricto estos efectos no se establecen a priori como parte del dispositivo. No se anticipan puesto que al hacerlo podría caerse en esa advertencia de Freud respecto al furor sanandi y el uso de la sugestión. En tanto, al establecerlos de esa forma, se corre el riesgo de responder a fines de adaptación y por ende a una psicologización de

la experiencia. En cambio, el trabajo clínico consistió en crear las condiciones de posibilidad para el despliegue de la singularidad, los efectos terapéuticos se conciben entonces más bien como una consecuencia de tal experiencia clínica. Lo anterior se inscribe en los desarrollos de Freud (1890) en el texto “Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)”, en el cual señala que:

“Tratamiento psíquico” quiere decir, tratamiento desde el alma, -ya sea de perturbaciones anímicas o corporales- con recursos que de manera primaria e inmediata influyen sobre lo anímico del hombre. Un recurso de esa índole es sobre todo la palabra, y las palabras son, en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico (p.36).

Así pues, los fines terapéuticos aquí se entienden no como fines adaptativos a un ideal de salud y bienestar, sino como un cierto alivio derivado de la experiencia clínica gracias a la circulación de la palabra. Alivio que es imposible anticipar o asignar en un objetivo, siendo éste un derivado más bien del dispositivo clínico y como parte de este, de la posición del clínico. Tal como lo señala Pardo (2009) cuando refiere que el rol del clínico en un servicio hospitalario es:

(...) de laisser se déployer la souffrance dans la parole et de servir de bord afin d'éviter qu'elle ne se transforme en angoisse. La différence d'avec le médecin est qu'il ne doit pas catégoriquement répondre à la plainte (...) Le psychologue aux urgences accompagne ainsi le sujet dans son travail de narration qui comporte en lui-même quelques effets thérapeutiques ou prises de conscience d'un travail clinique à poursuivre (p.126).

[(...) dejar explayar, desplegar, expresar el sufrimiento en la palabra y servir como borde con el fin de evitar que se transforme en angustia. La diferencia con el médico es que no debe categóricamente responder a la queja (...) El psicólogo en el servicio de urgencias

acompaña también al sujeto en su trabajo de narración que trae en sí mismo algunos efectos terapéuticos o de la toma de conciencia de un trabajo clínico a continuar].

La circulación de la palabra y el proceso secundario. Siguiendo la línea anterior respecto a los efectos terapéuticos, en el apartado de los resultados se señaló la puesta en juego del proceso primario y por ende de procesos regresivos en ocasión del posparto. Se abordó muy poco en relación al proceso secundario. Por lo tanto, se propone aquí a manera de cuestión abierta a dilucidar en próximas investigaciones, que los efectos terapéuticos de los cuales se habló en el apartado anterior pueden articularse de alguna manera con la noción de proceso secundario, tomando a éste último desde el punto de vista económico-dinámico el cual establece que mientras que en el proceso primario prima la energía psíquica no ligada, es decir energía que fluye libremente pasando sin trabas de una representación a otra según los mecanismos del desplazamiento y condensación; el proceso secundario tiene que ver con energía que es ligada mientras que las representaciones son catexizadas en forma estable. Por lo tanto, se propone que este efecto de ligazón de la energía en las representaciones está relacionado con los efectos de alivio derivados de la experiencia clínica, conducidos principalmente por la palabra.

Conclusiones metodológicas.

Vicisitudes de la práctica clínica en el contexto hospitalario. La puesta en marcha de un dispositivo con fundamentación psicoanalítica en una institución de salud pública no se presenta sin dificultades, a continuación se mencionan algunas de las situaciones que imperaban en el contexto de esta intervención en particular.

Históricamente, la institución médica se ha constituido de ciertos objetivos, ideales de salud, demandas de bienestar y de adaptación, con los cuales evidentemente se tiene contacto al llevar a cabo una intervención clínica en este contexto. Es importante aclarar que el objetivo de

mencionar estos ideales de bienestar bajo los cuales se rige la institución y sus prácticas preestablecidas que privilegian la organicidad, no se hace con la intención de sostener una lucha en contra o con la finalidad de desacreditar, sería un contrasentido puesto que, son precisamente estos ideales, prácticas y procedimientos que saturan y suturan al sujeto los que dan lugar y sentido a lo particular de la intervención en cuestión, la cual privilegia la dimensión contingente de la singularidad, es decir, lo inesperado más que lo preestablecido. Interesa mencionar estos ideales y prácticas que en este caso en particular tienen que ver directamente con la maternidad puesto que, en tanto telón de fondo justifican y otorgan sentido a la intervención en cuestión.

Una de estas prácticas pre-establecidas es la utilización del DIU, dispositivo intrauterino, como método anticonceptivo. Lograr el consentimiento de las mujeres para la utilización de éste método anticonceptivo representa una exigencia por parte de la institución médica y sus representantes. Este proceso de lograr el consentimiento en mujeres que se rehusaban a hacerlo o en aquellas que dudaban, en ocasiones implicaban una serie de prácticas sugestivas, intimidantes y/ o amenazantes. En algunas ocasiones, cuando se presentaba esta situación, solicitaban la presencia de personal *psi* de la institución para llevar a cabo la tarea de lograr el consentimiento, he aquí el punto escabroso de la apuesta por la singularidad de esta intervención. Evidentemente se acudía con estas mujeres, sin embargo, tal como se ha venido desarrollando a lo largo de todo este trabajo, la apuesta particular de esta intervención en territorio médico es des-suponer, destotalizar la institución, dar lugar a lo inesperado de la singularidad cuya herramienta primordial es la palabra. En este contexto, la tarea fue crear un afuera aun dentro de la institución, crear otro lugar para la singularidad.

La cuestión del amamantamiento fue otra de las situaciones que implicó ocupar un lugar desfasado, un lugar otro destotalizando a la institución, la cual se rige bajo la consigna *que todas*

las madres amamanten, es mejor para la salud del bebé. Evidentemente el amamantamiento a nivel orgánico trae innumerables beneficios, sin embargo, se sabe que amamantar no es solo un evento orgánico, si bien existen las condiciones biológicas para hacerlo, este acontecimiento, como toda la maternidad en sí, se encuentra atravesado por la dimensión psíquica. Nuevamente aquí se ponía en juego la apuesta por la singularidad, dar libre fluidez a la palabra de estas mujeres, y a través del dispositivo, permitir el despliegue de las fantasías en torno a este hecho. Práctica distinta por ejemplo a la llevada a cabo por personal de puericultura o trabajo social, cuya función es psico-educativa, es decir, proporcionar estrategias para una mejor lactancia y vigilar que se haga correctamente.

Otro ejemplo es la cuestión de la queja. Dicha queja al ser escuchada por el personal de enfermería, el cual en su mayoría son mujeres, cobra ciertas particularidades. Es importante aclarar que no se pretende hacer una generalización, en la práctica también se hizo trabajo conjunto con enfermeras preocupadas por el malestar de estas mujeres y abiertas al trabajo clínico. Sin embargo, existía esa otra dimensión donde la queja era escuchada por ciertas enfermeras desde su propia historia y entramado psíquico y por lo tanto, desde su posición ante la feminidad, de manera que, desde ese lugar esta queja de las mujeres que acaban de dar a luz era concebida como una *queja exagerada*, puesto que *no aguantan nada*. Llegando incluso a hacer comentarios como *yo tuve cinco hijos y no fui tan quejosa ni gritona, seguro es primeriza, es muy aprensiva* o, si existía una queja en relación a la atención, entonces se decía *aquí no es hotel*. Esta posición particular de las enfermeras se presenta como un hallazgo interesante que en esta investigación no se abordó, dejando un camino abierto para futuras dilucidaciones.

Existen otras situaciones que merecen señalarse tales como los ideales y las expectativas respecto a las prácticas que se esperan por parte de la madre en su vínculo inicial madre-hijo,

ideales que llegan a tornarse imperativos y que comprimen de alguna manera a ciertas mujeres, ocasionando malestar puesto que es evidente que algo les sobrepasa, de orden inconsciente, que intenta emerger a través de distintas vías. Todas estas situaciones quedan solo indicadas en este trabajo, constituyendo elementos importantes con los que el clínico se encuentra en su práctica clínica en hospitales de maternidad.

Seguimientos clínicos. En un primer tiempo la investigación se centró en la importancia del vínculo inicial madre-hijo teniendo como referentes líneas de investigación sobre todo francesas que proponen la prevención de malestar psíquico en la díada madre-hijo. Aportaciones de autores como Spitz (1946), Winnicott (1956), Bolwby (1958), Aulagnier (1975), Lebovici (1990), subrayan el papel importante de la madre en la estructuración psíquica del hijo. De ahí que desde un principio el eje a partir del cual se consideró pertinente la atención clínica de las madres fue en tanto pilares importantes en el desarrollo psíquico del recién nacido. Sin embargo, en la puesta en marcha del dispositivo se encontraron una serie de limitaciones que dificultaron los seguimientos clínicos que dieran una continuidad al trabajo clínico suscitado en el hospital.

Es importante hacer énfasis en lo imprescindible de los seguimientos clínicos debido a la intensidad del malestar de ciertas mujeres así como el material psíquico reactualizado en ocasión del posparto. Lo anterior no sólo por el lugar y función primordial que ocupa la madre en la estructuración psíquica del hijo, sino por la mujer en sí misma y su malestar.

REFERENCIAS

- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: P.U.F.
- Bydlowski, M. (2008). Les dépressions maternelles en question. *Le Carnet PSY*, 129, 38-44.
doi:10.3917/lcp.129.0038.
- Costa, M. & Siqueira, D. (2002). Sobre a situação analítica: a experiência de psicoterapia psicanalítica no hospital universitário da Unicamp. *Pulsional Revista de Psicanálise*, XV, 157, 15-24.
- Cyssau, C. (2004). Conceptualiser une recherche en psychanalyse. Observation et empathie. Écriture sublimée, écriture d'une passion. *Recherches en psychanalyse*, 1 (1), 131-144.
doi: 10.3917/rep.001.0131.
- David-Ménard, M. (2011). *Éloge des hasards dans la vie sexuelle*. Paris: Hermann.
- Deleuze, G. (1990). *¿Qué es un dispositivo?* Barcelona: Gedisa.
- Etchengoyen, H. (1988). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fédida, P. (2006). *El sitio del ajeno: la situación psicoanalítica*. México: Siglo XXI.
- Fédida, P. (2006) *¿Por dónde empieza el cuerpo humano?: retorno a la regresión*. Betina Keizman, trad. México: Siglo XXI.
- Figueiredo, A. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VII (11), 75-86. Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental São Paulo, Brasil.

- Freud, S. (1984a). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. I, pp. 111-132). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente en 1890).
- Freud, S. (1985a) Sobre la psicoterapia de la histeria. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. II, pp. 261-308). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente en (1893-95).
- Freud, S. (1985b) Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar (Breuer y Freud). En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. II, pp. 27-45). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente en (1893-95).
- Freud, S. (2006). La etiología de la histeria. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. III, pp. 185-218). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente en 1896).
- Freud, S. (2005). La regresión. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. V, pp. 527-542). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente 1900-1901).
- Freud, S. (2005). El proceso primario y el proceso secundario. La represión. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. V, pp. 578-597). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente 1900-1901).
- Freud, S. (2008). Fragmento de análisis de un caso de histeria. El cuadro clínico. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. VII, pp. 15-56). Buenos Aires: Amorrortu. Trabajo publicado originalmente (1905 [1901])

- Freud, S. (1986). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XII pp. 107-120). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente en 1912).
- Freud, S. (1986). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos al médico sobre la técnica del psicoanálisis, III). En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XII pp. 159-176). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente en 1915-1914).
- Freud, S. (1992). Pulsiones y destinos de pulsión. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XIV, pp. 107-134). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente en 1915).
- Freud, S. (2006a). Las propiedades particulares del sistema Icc. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XIV pp. 183-186). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente 1915).
- Freud, S. (2006b). De guerra y muerte. Temas de actualidad. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XIV, pp. 273-303). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente en 1915).
- Freud, S. (1984b). 27ª. Conferencia sobre psicoanálisis: La transferencia. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XV, pp. 392-407). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente en 1916 [1915-17]).

- Freud, S. (1984c). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XVII, pp. 151-163). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente en 1919 [1918]).
- Freud, S. (2006c). Lo ominoso. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XVII, pp. 215-251). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente en 1919).
- Freud, S. (1984d). Dos artículos de enciclopedia: “Psicoanálisis” y “Teoría de la libido”. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XVIII, pp. 227-254). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente en 1923 [1922]).
- Green A. (1980). Passions et destins des passions. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. Paris: Gallimard, 21.
- Jardim, L., y Rojas M. (2010). Investigación psicoanalítica en la universidad. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(4), 529-536. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000400010&lng=en&tlng=es. 10.1590/S0103-166X2010000400010.
- Le Poulichet, S. (2004). De la clinique à la recherche. *Recherches en psychanalyse*, 1 (1), 71-79. doi: 10.3917/rep.001.0071.
- Magtaz, A. y Tosta, M. (2012). O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental. *Rev. Latinoam. Psicopa. Fund.* Sao Paulo, 15 (1), 71-81.
- Mellier, D. y Rochette, J. (2009). Les souffrances primitives familiales et leur devenir dans le post-partum immédiat. *Champ psychosomatique*, 4 (56), 113-133.
- Miller, J.-A. (2001). El ruiseñor de Lacan. En: AAVV: *Del Edipo a la sexuación*. Buenos Aires: ICBA. Paidós.

- Mijolla-Mellor, S. (2004). La recherche en psychanalyse à l'Université. *Recherches en psychanalyse*, 1 (1), 27-47. doi: 10.3917/rep.001.0027.
- Nioche, C. (2012). Dialectique du savoir et l'insu dans la cure: penser la singularité. *Recherches en psychanalyse*. 1 (13), 7-13. doi: 10.3917/rep.013.0007.
- Pardo, É. (2009). La clinique du sujet au sein des services d'urgence générale. *Recherches en psychanalyse*, 1 (7), 120-130. doi: 10.3917/rep.007.0120.
- Pérez, H. (2011). *Posibilidades subjetivantes de un dispositivo psicoanalítico en pacientes hospitalizadas por mastectomía*. (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México.
- Pujó, M. (2001), El psicoanalista y la institución hospitalaria. Clase 1, seminario: El psicoanalista y la práctica hospitalaria. *Programa de seminarios por internet*. Recuperado de:
<http://psiconet.com/seminarios>.
- Raphael-Leff, J. (1993). *Pregnancy: The inside story*, Northvale, NJ, London: Jason Aronson I Inc.
- Riazuelo H, (2003) ¿À quoi rêvent les femmes enceintes ? , *Champ psychosomatique*, 31, 99-115.
- Rochette, J. (2005). Le temps du post-partum immédiat, une clinique du « qui-vive » et de l'après coup. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 53, 11-18.
- Rojas, M. y Vega, M. (2008). Las posibilidades del dispositivo psicoanalítico en el medio hospitalario analizadas a partir de una experiencia realizada en México. Recuperado de:
http://www.fundamentalpsychopathology.org/8_cong_anais/ppf_1.pdf
- Rubestein, M. (2009). Efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en ámbitos institucionales. *Anuario de investigaciones*. Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología-UBA. XVI, 147-156.

Singer, F. (1998). Modelos en psicoanálisis. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*. São Paulo: Escuta. I (2).

Singer, F. (2000). Psicopatología Fundamental: una cierta transmisión. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*. III (4), 112-121.

APÉNDICE

A. Artículo

2013

María Angeles Fernández Carapia, Ma. Antonia Reyes Arellano
**EL MALESTAR EN EL POSPARTO INMEDIATO:
DE LA REGRESIÓN HACIA LA PLASTICIDAD PSÍQUICA**

La forma es una máscara que no oculta, sino que revela. Pero lo que revela es una interrogación
Octavio Paz

El evento del parto es un momento de ruptura en la subjetividad de la mujer, un momento en el que el sentimiento de continuidad se ve interrumpido dando lugar a lo inesperado. Ciertas mujeres llegan incluso a calificar esta experiencia como un evento caótico, en el que tiene lugar además una especie de transposición de temporalidades, donde el pasado irrumpe con insistencia en el presente.

A partir de la experiencia clínica con fundamentación psicoanalítica con mujeres hospitalizadas durante el posparto inmediato (en las primeras 24 a 48 horas después del parto) en una institución de salud pública, fue posible detectar un singular malestar subjetivo por el que atraviesan ciertas mujeres.

Este malestar se manifestó a través de dos vías principales. La más evidente de ellas, a manera de una queja acompañada de llanto, tristeza, preocupaciones, miedos, incertidumbre, dudas, reminiscencias. A las mujeres que presentaban estas manifestaciones se las suele categorizar bajo el rubro “mujeres aprensivas”. La otra vía de manifestación, opuesta a la anterior, pudo detectarse más bien a partir del silencio. En este caso se trataba de mujeres que en apariencia no manifestaban ningún malestar evidente. Se trata en suma, de manifestaciones de malestar que suelen ser objeto de descredito e incredulidad, llegando incluso a minimizar estas expresiones subjetivas, hasta llegar a considerarlas como “ordinarias”, “leves”, o “comunes”. La fórmula “mujeres aprensivas” parece convalidar tal caracterización, la cual termina por desacreditar y restar importancia a la totalidad de la experiencia subjetiva de estas mujeres. Es en este espacio precisamente, en el que se pone en suspenso la veracidad del malestar, donde encuentra mayor pertinencia la atención clínica a la singularidad desde los fundamentos psicoanalíticos. El presente artículo tiene como finalidad reflexionar sobre este singular malestar el cual suele ubicarse nosográficamente bajo la entidad clínica denominada el “baby-blues” del posparto, término descriptivo utilizado mayormente en la literatura anglosajona. Las dilucidaciones que en el presente artículo se desarrollan nacen de algunos de los enigmas derivados de la experiencia clínica frente a los avatares de este singular malestar, la cual se llevó a cabo en un hospital público de la ciudad a lo largo de un año y medio. Es imprescindible aclarar entonces que el objeto de estudio no fue en sentido estricto la entidad fenomenológica del “baby-blues”, sino el trabajo psíquico desplegado en la situación analítica y convocado en ocasión del evento del

posparto. Bajo esta premisa fue posible notar entonces en ciertas mujeres la evocación de reminiscencias acompañadas de dolor y lamentos. Es así como estas manifestaciones de malestar cobraron un interés de estudio en el marco de un dispositivo clínico particular que tiene como objetivo el despliegue de la singularidad. Dicho de esta forma, es posible pensar que el malestar del posparto cobra una dimensión de verdad, puesto que las reminiscencias que evocan estas mujeres hacen signo de la experiencia *Unheimlich*. Experiencia relacionada directamente con el proceso primario y con la puesta en juego de procesos regresivos al servicio del retorno de lo reprimido. De ahí que se pueda avanzar que estos procesos psíquicos se derivan de aquella cualidad que Freud en 1919 en el texto “De guerra y muerte. Temas de actualidad” define como plasticidad de los desarrollos anímicos.

Un estado psíquico particular

La disposición psíquica materna ha sido tema de interés en realidad desde hace más de un siglo. Esquirol (siglo XIX; citado en Bydlowski, 2008) por ejemplo en su tiempo ya proponía que existía una llamada folie de l'accouchée¹⁰. Posteriormente su alumno Marcé (1858; citado en Bydlowski, 2008), da cuenta de un gran número de casos psiquiátricos maternos. Se trata de casos explicados a partir de lo que se denominaban las “fiebres de leche”, resultado más bien de complicaciones infecciosas del parto que progresivamente se fueron identificando bajo el nombre de accidentes peri y post-natales. Marcé (1858; citado en Riazuelo, 2003, p. 99), también describió el embarazo como “un de ces états physiologiques dans lesquels le système nerveux peut acquérir une mobilité et une impressionnabilité excessives”.¹¹

En esta misma línea de ideas, Bibring (1959; citado en Riazuelo, 2003), hace énfasis en la tendencia de las mujeres embarazadas para evocar muy libremente sus fantasmas al punto de considerarlas como personalidades límites. Por su parte Green (1980; citado en Riazuelo, 2003), concibe la “folie maternelle”¹², como un estado normal, un período de remodelación completa de la vivencia de lo femenino y de la relación de la mujer con el mundo. Raphael-Leff (1993; citado en Riazuelo, 2003), describe una cierta “perméabilité de l'inconscient”¹³ y algunos otros fenómenos similares en la mujer embarazada. Más recientemente, este estado es definido por

¹⁰ La locura de la nueva madre o la locura de la parturienta

¹¹ “uno de los estados fisiológicos en los cuales el sistema nervioso puede adquirir una movilidad y una impresionabilidad excesivas” (traducción del autor).

¹² Locura materna

¹³ Permeabilidad inconsciente

Bydlowski (1997), con el término de “transparence psychique”¹⁴, por medio del cual señala que el embarazo es el momento de un estado de susceptibilidad en la mujer donde fragmentos de lo inconsciente vienen a la conciencia. Añade también que la mujer embarazada hace una correlación entre la situación de gestación actual y las rememoraciones infantiles, lo anterior sin que por esto sea levantada la censura.

El estado de embarazo, siguiendo a estos autores, muestra constituirse, aunque con distintas definiciones, en un evento que convoca a una cierta disposición psíquica particular en las mujeres. Ya sea que se le nombre movilidad o permeabilidad psíquica, permeabilidad inconsciente, tendencia a evocar libremente sus fantasmas, locura materna o transparencia psíquica; aportaciones que señalan en definitiva un punto nodal: el surgimiento de un estado psíquico particular, cuya tendencia es la evocación de material psíquico inconsciente, es decir, la emergencia de un estado en el cual es evidente que hay algo que les sobrepasa, algo que se les escapa. Estado psíquico particular por el cual atraviesan las mujeres durante el embarazo que al prolongarse más allá de éste, es decir en el posparto, dejando huellas tras de sí, bien podría ser lo que daría lugar al fenómeno clínico denominado “baby-blues” o tristeza materna. Fenómeno del cual la literatura se limita generalmente a hacer sólo una descripción fenomenológica, calificándolo como un evento incomprensible. Calificativo que en realidad le otorga una cualidad enigmática, puesto que ciertamente no queda aún del todo clara la etiología de dicho fenómeno, mayormente considerado como resultado de una alteración bioquímica en el cerebro después del parto, en combinación con la fatiga psíquica y física que implica tanto el parto como las dificultades que traen consigo los primeros cuidados del bebé. En razón de lo anterior y a partir de la experiencia clínica, es lícito indagar en relación a este malestar denominado “baby-blues” en su dimensión de enigma, subrayando así la ineludible conexión que sostiene con la dimensión inconsciente.

El “baby-blues”, una entidad clínica para el malestar del posparto

El “baby-blues” también llamada tristeza materna, es considerado como un evento emocional incomprensible que experimentan ciertas mujeres durante el posparto inmediato. La definición clínica más frecuente hace referencia a un estado no patológico, de duración breve, que se desarrolla del segundo al décimo día después del parto, con picos de intensidad en el tercer y quinto día, el cual cesa espontáneamente en unos diez días (Kennerley, Gath, 1989; Sutter et al.,

¹⁴ Transparencia psíquica

1995, 1997; citado en Bydlowski, 2008). De acuerdo con Pitt (1973, citado en Perrusi, 2006) el “blues” se considera como un fenómeno normal, efímero y superficial en el cual prevalece frecuentemente una inquietud e importantes preocupaciones que se centran sobre el estado de salud del bebé y las dificultades de la lactancia, además de una cierta confusión en los primeros días después del parto. Es llamado también “disforia” o el síndrome del tercer día. El término “blues” cuyo significado es melancolía o tristeza hace referencia a las melodías nostálgicas cantadas por los esclavos que eran trasladados a Estados Unidos provenientes de la costa occidental de África. También es llamado “blues” puesto que el color azul tanto para los anglosajones como para los alemanes, representa el color de los sentimientos que están en relación con la tristeza y la depresión. Fue a partir de los años 80 que los especialistas comenzaron a distinguir clínicamente el “baby-blues” de la depresión post-parto. Al respecto, varios autores coinciden en considerar el blues como un estado fisiológico diferente a un episodio depresivo, el cual tiende a ser de mayor intensidad y duración. No obstante, el “baby-blues” puede fungir como factor predisponente para la instalación de una depresión posparto. Representa del 30 al 80% de partos, según la definición propuesta en los estudios y el número de días tomados en cuenta después del parto, generalmente del 3° al 5° día (Perrusi, 2006). El cuadro clínico es dominado por labilidad emocional, caracterizándose por un llanto esporádico, cambios de humor, confusión, tristeza súbita y transitoria, seguida a los días en que se supone debería celebrarse un evento feliz. En este sentido, las lágrimas son el emblema del “blues” tal como lo señalan Kennerley y Gath (1989; citado en Bydlowski, 2008). Los síntomas del “blues” son inhabituales para las mujeres que los presentan; su llegada presenta frecuentemente un carácter insólito para las mujeres que no se reconocen en sus cambios de humor y no encuentran explicación razonable a su tristeza y a sus lágrimas (Pitt, 1968; Kennerley, Gath, 1989; citado en Bydlowski, 2008).

Sucede frecuentemente también que las personas cercanas a la mujer no saben cómo reaccionar ante esta tristeza, ante estos estallidos insólitos de emoción, inclinándose más bien hacia una banalización de dicho evento. Socialmente se espera que la llegada de un hijo sea un evento acompañado de dicha y felicidad, sin embargo, la experiencia clínica en hospital permitió develar que no siempre la realidad se corresponde con este ideal esperado. En este sentido, adoptando las palabras de Rochette (2005; citado en Mellier y Rochette, 2009) este evento no siempre es acompañado de afectos placenteros, para este autor la imagen de padres llenos, completos y de

bebés radiantes en el posparto, no corresponde generalmente ni a la realidad íntima de los sujetos ni a las situaciones clínicas que se encuentran en la práctica en perinatalidad.

En el encuentro clínico con estas mujeres referían sentirse “raras”, rememorando el evento del parto como un episodio de intensa angustia y temor incluso frente a un parto sin contratiempos, tal como lo refiere la paciente D: *“es que estar en el quirófano impone mucho, da miedo, no se sabe si uno va a volver a salir de ahí... yo comencé a pensar en mis otros hijos”*.

Siguiendo a Mellier y Rochette, (2009), en efecto el parto es un momento en el que se asiste a un “demasiado” del nacimiento, a lo sensorial misterioso que no tiene precursor, a una violencia pulsional potencial, a la extrañeza de un encuentro. Entre “demasiado” o “no suficiente”, las experiencias están mezcladas, en eso que se parece más a un magma emocional que a verdaderos sentimientos. Resulta interesante subrayar en este recorrido el carácter incomprensible, insólito e inhabitual con el que se suele caracterizar al “baby-blues”, porque es precisamente ahí donde no se encuentra una explicación razonable a los síntomas de estas mujeres donde tiene lugar el enigma. En razón de esto, resulta por demás pertinente redimensionar la experiencia subjetiva por la cual atraviesan las mujeres durante el posparto y en su travesía por el hospital, más aún cuando horas después de haber dado a luz lo que se evidencia es un momento de gran convulsión. Redimensionar esta experiencia implica concebirla como una manifestación ineludible de singularidad en la que evidentemente se pone en juego la dimensión inconsciente cuyo mecanismo príncipe es aquello que Freud en 1900 denominó como proceso primario.

Posparto inmediato, puesta en marcha del proceso primario

En 1900, a partir de su indagación en torno a la formación y el trabajo del sueño, Freud señala que el trabajo de la interpretación del sueño es una de las vías privilegiadas para el conocimiento de lo inconsciente. Es así como llegará a proponer dos modos de funcionamiento para el primer esquema de aparato psíquico propuesto en aquel entonces: el proceso primario y el proceso secundario

El psicoanálisis afirma la cualidad inescrutable que reviste el sistema inconsciente, al respecto, se sabe que el proceso primario es característico del sistema inconsciente. Sin embargo, a pesar de esta cualidad impenetrable, Freud (1915) advierte que:

[...] sólo se vuelven cognoscibles para nosotros bajo las condiciones del soñar y de las neurosis, o sea, cuando procesos del sistema Pcc, más alto, son trasladados hacia atrás, a un estadio anterior, por obra de un rebajamiento (regresión). En sí y por sí ellos no son

cognoscibles, y aun son insusceptibles de existencia, porque en época muy temprana al sistema Icc se le superpuso el Prcc, que ha arrastrado hacia sí el acceso a la conciencia y a la motilidad (p. 185).

Con lo anterior vale entonces preguntarse por la ruta a través de la cual representaciones preconscientes se atraen y se unen con representaciones inconscientes, siendo esta la única ruta posible que permite la manifestación de contenido inconsciente. Es esta fuerza de atracción lo que parece tener lugar en ocasión del posparto inmediato dado que el discurso de estas mujeres se asocia a partir del evento actual con rememoraciones del pasado. Ocurre en este sentido, una especie de asociación de representaciones, tal como lo refiere Freud en relación al sueño. Estas asociaciones pueden parecer en primera instancia carentes de significado, fuera de lugar o absurdas, no obstante, tal como el contenido del sueño, son asociaciones con extrema riqueza inconsciente.

Cuando la paciente T comienza a hablar, de inmediato refiere sentirse muy triste debido a que recientemente le han robado a su perrita, *“le lloré bastante”* enfatiza *“a pesar de que la trataba muy mal, la golpeaba... me ponía celosa de la perrita, la aventaba cuando se le acercaba a mi esposo para lamerlo o jugar”*. Más adelante, cuando comienza a hablar en relación a su embarazo, refiere que no le dijo a sus padres sino hasta ya avanzado el mismo puesto que le daba vergüenza, se ocultaba el vientre con ropa holgada y una vez que decide comunicarle a sus padres, refiere que su madre y sus hermanos varones se enojaron mucho ya que constantemente le comentaban *“ese hombre no vale la pena”*, y continúa *“aún recuerdo la cara de coraje de mi mamá”*. El material psíquico evocado al inicio de la sesión por parte de la paciente T, tiene el carácter del proceso primario, puesto que pone en marcha los procesos de desplazamiento y condensación, mecanismos príncipes del proceso primario. La tristeza que le acompañó durante todo el embarazo y en el posparto por el hecho de haber decepcionado a sus padres y hermanos, es desplazada al evento del robo de la mascota, colocándola como el objeto de las mociones pulsionales inconscientes.

Ahora bien, al introducir la existencia del proceso primario, Freud (1900) dice no hacerlo “sólo por referencia a su posición en un ordenamiento jerárquico ni a su capacidad de operación, sino que al darle ese nombre me refería también a lo cronológico” (p. 592). Enfatiza esta dimensión cronológica puesto que los procesos primarios en realidad están dados en el aparato psíquico

desde el comienzo, y advierte que “los secundarios sólo se constituyen poco a poco en el curso de la vida, éstos inhiben a los primarios, se les superponen” (p. 592).

Sin embargo, en ciertos fenómenos como el sueño y los síntomas neuróticos, estos procesos psíquicos primarios en ocasiones llegan a hacer mayor presencia que los procesos secundarios, es decir, parece ocurrir una especie de irrupción de lo inconsciente a través del proceso primario para lo cual el sistema preconsciente funciona como puente.

Esto ocurre como consecuencia del desarrollo tardío de los procesos secundarios. En este sentido Freud (1900), señalará que lo que en realidad está en el núcleo de nuestro ser, son mociones de deseos inconscientes, dicho núcleo permanece inaprehensible y no inhibible para el preconsciente. A pesar de esto, dentro de este sistema preconsciente, en realidad acechan representaciones que provienen de las fuentes de deseos inconscientes, éstas establecen conexión con el sistema preconsciente transfiriéndole energía que en realidad pertenece al deseo inconsciente, por lo que se puede decir que entonces una ilación de pensamiento hasta entonces preconsciente ha sido arrastrada al inconsciente.

Finalmente, basta recordar que desde el punto de vista económico y dinámico, el proceso primario se caracteriza por el hecho de que la energía psíquica fluye libremente, es decir, se habla de energía no ligada que pasa sin trabas de una representación a otra a través de los mecanismos de desplazamiento y condensación. Entonces, si lo que se pone en juego durante el posparto inmediato es el proceso primario, próximo a lo inconsciente, de ahí que las representaciones que son evocadas por estas mujeres resulten un tanto dislocadas o fuera de lugar, explicación válida también para el sentimiento de extrañeza que llegan a experimentar algunas de ellas.

***Unheimlich*, signo de malestar**

A partir de la consigna “estoy aquí para escucharla”, algunas de estas mujeres comenzaban a dar libre fluidez a la palabra. La puerta de entrada a estas sesiones clínicas en hospital no puede definirse mejor que bajo aquello que Freud en 1919 denominó con el nombre de *Unheimlich*, (en su traducción al francés es “l’inquiétant étrangeté” mientras que en castellano se le ha traducido como “lo ominoso” o “lo siniestro”), experiencia que se relaciona directamente con el retorno de lo reprimido

Freud (1900) apoyándose sobre las ideas del oftalmólogo Schelling, advierte que se vive como ominoso todo aquello “*que estando destinado a permanecer en el secreto, en lo oculto, (...) ha salido a la luz*” (Schelling)” (p. 224).

Tal como lo muestra el inicio de la sesión con la paciente E, “*hay cosas que no se olvidan, hay huecos, huellas que nunca se borran y personas que no regresan... enseguida de la muerte de mi hermana yo me puse una meta, casarme, quedar embarazada, tener un hijo y morirme... lo único que quería era dejar un fruto en esta vida, dejar algo en el mundo*”. Enseguida la paciente comienza a hablar en relación a las condiciones de la muerte de su hermana, las cuales aún no alcanza a comprender del todo, refiriéndose a ellas como “raras”. Meses después de este acontecimiento sucede el fallecimiento de su abuela materna y unos años después muere también su hermano. En general el discurso de la paciente estaba acompañado por una profunda tristeza, llanto y desesperanza.

Es importante señalar que de ninguna manera se pretende dejar entrever que sea el hijo quien resulte ominoso en sí para la madre, no en este caso particular. En cambio se sugiere que es la presencia del hijo y la situación del posparto en su conjunto lo que convoca en la mujer esta experiencia, en una especie de “llamado” hacia lo inconsciente, derivado sin duda de la historia y de la estructura psíquica de la madre. En este caso particular, se advierte que la presencia del hijo se acompaña de tres muertes para la paciente, lo cual produce una unión indisoluble y ominosa entre vida y muerte.

Resulta que la palabra *heimlich* tiene la cualidad de evolucionar hacia la ambivalencia. Es una noción cuya significación puede transitar hacia su opuesto al operar un viraje que va desde lo familiar hacia aquello que es vivido como extraño, ajeno y por lo tanto ominoso. Pero no es que lo nuevo devenga ominoso en sí mismo aclara Freud, no es algo extranjero, sino que en el fondo la *Unheimlich* es algo que al mismo tiempo es extraño y familiar para la vida psíquica. *Unheimlich* proviene en realidad de lo familiar que ha devenido extraño por el proceso de represión: lo reprimido es lo que retorna en forma de angustia, además tal como lo señala Freud (1919), “En lo ominoso que proviene de complejos infantiles no entra en cuenta el problema de la realidad material, remplazada aquí por la realidad psíquica” (p. 248).

De ahí que el proceso primario gane terreno al proceso secundario, y por esta razón ocurre que se otorga un mayor peso a la fantasía en tanto que la realidad es interpretada a través de ésta. Muestra de ello es lo que refiere la paciente RM cuando llora de manera intensa después de que le informan sobre la probable hospitalización de su hija con fines de observación debido a la presencia de ictericia. Es así como, enseguida de que el médico le informa la noticia la paciente comienza a llorar, negándose a dejar a su hija, diciendo “*es que yo tenía la ilusión de tenerla, de*

llevármela a la casa... ahora qué le voy a decir a mi otro hijo cuando me pregunte por su hermanita, ahí es cuando no voy a poder...” y más adelante añade *“y es que por lo que a veces pasa de que los matan o se los roban, entran personas al hospital y se los roban... es que yo veo mucho las novelas y he visto que eso pasa y por eso me da miedo”*; una vez que se detiene el llanto, agrega *“no he querido ni darle pecho a la bebé porque así como estoy siento que le va a hacer mal”*

Hay que resaltar que aun cuando múltiples variables se ponen en juego en la experiencia del posparto, no es la cualidad de lo novedoso de dicho evento lo que lo hace derivar en una experiencia ominosa fuente de malestar. La fuente potencial de dicho malestar parece estar más bien relacionada con aquello que viene a reactualizar, aquello con lo que se ha de conectar, es decir, con lo reprimido a lo que se liga y cuya cualidad es la insistencia constante de retorno.

Otra paciente rememora el tema de la muerte de uno de sus familiares, al respecto refiere: *“yo me acuerdo de cuando se murió mi cuñado, se suicidó, y es que a mí me tocó verlo ahorcado, colgado... mi esposo quiere que el niño se llame como mi cuñado pero yo no quiero”*. He aquí la inquietante extrañeza de estas reminiscencias a la que se añade el carácter súbito, insólito e inédito. Nuevamente se observa que la ocasión de la llegada del hijo es acompañada por la reminiscencia de una muerte.

Lo anterior puede ilustrar que la experiencia de lo ominoso en el posparto da cuenta de la puesta en marcha del proceso primario, dado que arrastra a las representaciones preconscientes hacia lo inconsciente gracias a la atracción que se mantienen entre ambos sistemas, se puede deducir que la regresión se pone en marcha también en ocasión del proceso primario. Proceso primario y regresión entonces, apuntan hacia una cualidad de los procesos psíquicos que Freud en el texto de 1915 titulado “De guerra y muerte. Temas de actualidad” subraya con las siguientes palabras: “Ahora bien, los estados primitivos pueden restablecerse siempre; lo anímico primitivo es impercedero en el sentido más pleno” (p. 287).

Procesos regresivos y plasticidad psíquica

Con el primer esquema de aparato psíquico propuesto por Freud en 1900 se devela la posibilidad de dar una localidad a los procesos psíquicos, evidentemente una localidad no anatómica. De manera que, al hablar ya de instancias o sistemas, con este esquema se introducen dos dimensiones que permiten dar consistencia al aparato psíquico, la temporalidad y la espacialidad dotando además a este esquema de una direccionalidad.

En 1914 Freud agrega una nota al texto sobre la regresión en la cual indica que tanto en la formación de los síntomas neuróticos como en la formación del sueño, la regresión desempeña un papel por demás importante. Distingue así tres modos de regresión:

[...] a) una regresión tópica, en el sentido del esquema aquí desarrollado de los sistemas y; b) una regresión temporal, en la medida en que se trata de una retrogresión a formaciones psíquicas más antiguas, y c) una regresión formal, cuando modos de expresión y de figuración primitivos sustituyen a los habituales. En el fondo los tres tipos de regresión son uno solo y en la mayoría de los casos coinciden, pues lo más antiguo en el tiempo es a la vez lo primitivo en sentido formal y lo más próximo al extremo perceptivo dentro de la tópica psíquica (Freud, 1900, pp. 541-542).

Interesa subrayar las líneas con las cuales Freud concluye su nota agregada, puntualizando que en realidad los tres tipos de regresión son uno solo. En este sentido, el objetivo aquí no es el de clasificar o detectar que tipo de regresión se puso en marcha en qué caso. En su lugar, se pretende profundizar en la riqueza de la introducción de dicha cualidad de los procesos psíquicos, puesto que con la noción de regresión se distancia de la concepción de un desarrollo que tiende a la normalidad y que respeta el orden cronológico del tiempo, pronunciándose más bien a favor de la permanencia de lo antiguo, lo cual otorga una cualidad diacrónica a la vida psíquica.

La regresión en sentido estricto no es propia del trabajo del sueño tal como lo indica Freud (1900), acompaña también al recordar deliberado y a otros procesos del pensamiento normal puesto que corresponde a una marcha hacia atrás {Rückschreiten} dentro del aparato psíquico, es decir, una marcha hacia atrás desde algún acto complejo de representación hasta el material en bruto de las huellas mnémicas que están en su base. Este material en bruto es el que se hizo presencia en la experiencia clínica. Claro está que no en su condición pura, sino a través de una puesta en marcha de asociaciones de representaciones preconscientes ligadas de manera estrecha con el sistema inconsciente.

Una metáfora referida en el historial del caso Dora resulta bastante esclarecedora para fortalecer esta idea: “Las corrientes de agua que tropiezan con un obstáculo en su cauce se volcarán a un cauce antiguo que parecía destinado a permanecer seco” (Freud, 1905, p. 45). Es así como, al introducir la noción de regresión, sobreviene una aportación crucial. Si en la vigilia Freud (1900) apunta que la dirección del proceso psíquico tiene un carácter progrediente {progredient}, se está entonces autorizado a decir que el sueño tiene carácter más bien regrediente {regredient}. La

capacidad de avanzar y retroceder en el tiempo, en la estructura y en el material psíquico, permite introducir una dimensión temporal diacrónica, donde lo antiguo puede permanecer en el presente. Es este resurgimiento del pasado en el presente, lo que se develó a través de la experiencia clínica. Esta marcha hacia atrás en el tiempo y los modos de funcionamiento, dilucidados a través de la noción de regresión. Ahora bien, el trabajar en torno a la noción de regresión para dar cuenta de lo acontecido en la clínica, implica desprenderse fundamentalmente de nociones que desde un marco evolutivo tendiente a la normalidad, entienden la regresión en un sentido involutivo, patológico y por lo tanto peyorativo. Por el contrario, lo que aquí se sustenta se inscribe en los desarrollos hechos por Fédida (2006) en el tema de la regresión. Así, para este autor, la regresión se concibe en realidad como “restituyente de la plasticidad y de la integridad de lo anímico primitivo (*das primitive Seelische*)” (p. 236)

Para esta aseveración, Fédida retoma el texto freudiano titulado “De guerra y muerte. Temas de actualidad” de 1915 el cual hace referencia a la plasticidad de la vida psíquica. En este texto, Freud utiliza una metáfora en relación al desarrollo de una aldea y de un niño, afirma que mientras la aldea y el niño crecen hasta convertirse en ciudad y hombre respectivamente, desapareciendo posteriormente tanto la presencia de la aldea en la ciudad y del niño en el hombre, en el desarrollo anímico las cosas suceden de manera diferente puesto que:

Aquí la situación no es comparable con aquellas, y no puede describirse sino aseverando que todo estadio evolutivo anterior se conserva junto a los más tardíos, devenidos a partir de él; la sucesión envuelve a la vez una coexistencia, y ello a pesar de que los materiales en que transcurre toda la serie de transformaciones son los mismos. Por más que el estadio anímico anterior no se haya exteriorizado durante años, tan cierto es que subsiste, que un día puede convertirse de nuevo en la forma de manifestación de las fuerzas del alma, y aun en la única forma, como si todos los desarrollos más tardíos hubieran sido anulados, hubieran involucionado. Esta plasticidad extraordinaria de los desarrollos del alma no es irrestricta en cuanto a su dirección; puede designársela como una capacidad particular para la involución –para la regresión-, pues suele ocurrir que si se alcanza un estadio de desarrollo más tardío y elevado no pueda alcanzárselo de nuevo. Ahora bien, los estados primitivos pueden restablecerse siempre; lo anímico primitivo es imperecedero en el sentido más pleno (Freud, 1915, pp. 286-287).

Esta extraordinaria plasticidad de los desarrollos del alma ilustrada a través de la regresión permite dar lectura de las manifestaciones subjetivas de las pacientes en el posparto inmediato. Por consiguiente, este estado psíquico particular descrito por diferentes autores, ya sea a través de la noción de “permeabilidad psíquica” propuesta por Raphael-Leff, (1993) o el término “transparencia psíquica” que sugiere Bydlowski, (1997), pueden ser repensados a través de esta plasticidad de los desarrollos del alma, cualidad que como bien lo señala Freud no es irrestricta en cuanto a su dirección.

En 2006 en el libro titulado “¿Por dónde comienza el cuerpo humano? Retorno a la regresión”, Fédida propone, a partir de la experiencia ineludible de la situación analítica, un retorno a la regresión. Plantea que “si bien la regresión muestra la plasticidad de los desarrollos anímicos y las condiciones humanas de su restitución intacta, tal regresión –tópica- sólo tiene lugar en la situación que le concede la disposición de reconocimiento adecuado” (p. 60). De ahí que, la puesta en marcha de una situación analítica la cual se llevó a cabo literalmente junto a la cama de las pacientes en el hospital, se inscribe en esto que señala Fédida, es decir, como una situación que crea condiciones de posibilidad para el reconocimiento y evidentemente el despliegue adecuado de dicha plasticidad de los desarrollos anímicos.

“Ese fragmento del tiempo en estado puro” (Fédida, 2006, p. 103)

En estos encuentros clínicos tuvo lugar un hallazgo importante. Estas mujeres tendían a evocar fragmentos del pasado a manera de reminiscencias acompañadas de dolor. El discurso de estas mujeres giraba alrededor de la muerte de algún ser querido, en relación a un suceso pasado violento tal como la experiencia de una violación, episodios de riñas familiares frecuentemente en relación con la madre, recuerdos infantiles dolorosos, etc. Estas mujeres tendían a construir un discurso en torno al sufrimiento poniendo en juego fragmentos del pasado que parecían reactualizarse con motivo del nacimiento del hijo y con ello todo lo que implica el posparto inmediato. A partir del discurso de estas mujeres, de los fragmentos de historia convocados en la sesión, de los recuerdos y las reminiscencias del pasado, cabe preguntarse qué es lo que lleva a evocar estos fragmentos del pasado justo en ese momento, horas después del parto. Contrariamente a lo esperado socialmente, estas mujeres solían hablar poco en relación a su hijo recién nacido y en relación a la situación actual del posparto, dando lugar de esta manera a una paradoja puesto que en la que en ocasión de “dar vida” se construye un discurso en torno al sufrimiento y la muerte.

A propósito de las reminiscencias, al trabajar el retorno a la regresión Fédida las ubica como una manifestación de este retorno en el marco de la situación analítica. En este sentido retoma una puntualización de Aristóteles en los *Tratados breves de historia natural* quien señala que “la reminiscencia se produce y el recuerdo la sigue” (Aristóteles, citado en Fédida, 2006, p. 103). Las reminiscencias son ese fragmento de tiempo en estado puro en el sentido en que “los “verdaderos recuerdos” son *recuerdos en el presente*. Son pues, recuerdos cuya reminiscencia trae la creencia viva del presente vivido. Quien recuerda, ve el lugar donde está, habla ese “presente” que habita” (Perret, 1992; citada en Fédida, 2006, p. 107).

Estos fragmentos del tiempo, estas reminiscencias, son formaciones psíquicas con las que Freud se encontró en realidad desde un inicio en la experiencia analítica. Basta revisar sus primeros textos a propósito de la histeria. Al respecto, en el texto “Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar” de 1893-95, señala que “el histérico padece por la mayor parte de reminiscencias” (p. 33). Hay que aclarar que en esta época Freud se encontraba tras la confirmación de la teoría del trauma. Buscaba perseguir e indagar hasta lo más profundo con la consigna de que “las reminiscencias en apariencia inconexas están estrechamente enlazadas por unas ataduras de pensamiento y llevan por la vía más directa al momento patógeno buscado” (p. 283).

Más adelante da un giro, puesto que ya no se trataba de buscar el momento patógeno, sino que descubre que en realidad “no son las vivencias mismas las que poseen efecto traumático, sino sólo la reanimación como recuerdo, después que el individuo ha ingresado en la madurez sexual” (Freud, 1896, p. 165). En la situación en cuestión, las mujeres que atraviesan cierto malestar en el posparto, al igual que aquella afirmación de Freud al referirse a la histeria, son mujeres que sufren de reminiscencias, cuyo malestar no emerge en realidad del evento ocurrido tiempo antes, sino en su reanimación precisamente en ocasión de dar a luz.

Una vez dejada atrás la teoría del trauma y su correspondiente técnica de abreacción, es claro que la manifestación de reminiscencias en el marco de la situación analítica durante el posparto permite ilustrar la plasticidad de los desarrollos del alma tal como le llama Freud en 1915. En tanto que develan aquello anímico primitivo imperecedero, estas reminiscencias adquieren entonces el mismo estatus que los sueños, las ensoñaciones, los delirios, los lapsus, los síntomas etc., dado que todas estas formaciones son lenguaje, es decir, hacen signo, tal como las formaciones de lo inconsciente.

Fédida (2006), señala en relación al recuerdo que por frágil que este sea, el *recuerdo* es, en consecuencia, ese *pensamiento de imagen* que conserva los rasgos de una forma desaparecida y que de ese modo se les puede dibujar sobre una forma nueva. En esto consiste el redimensionar la experiencia subjetiva de las mujeres durante el posparto, lo cual conlleva, en el marco de una situación analítica, el crear condiciones de posibilidad para el despliegue de esta extraordinaria plasticidad de los desarrollos del alma de la que habla Freud. Dicho trabajo clínico en territorio médico no se presenta sin dificultades, dado que se trata de un contexto que se rige a través de procedimientos específicos, ideales supuestos en relación a la maternidad y respuestas pre-establecidas. De manera que, estas manifestaciones de malestar en el posparto consideradas como incomprensibles e insólitas, objeto de banalización, cobran otra dimensión en el marco de una situación analítica, en el que son concebidas más bien como expresión máxima de singularidad. Finalmente, tal como lo apunta Miller, (2003): “La invención de Freud no es la invención del inconsciente, la invención del genio de Freud es la invención del dispositivo analítico, es decir, un cierto modo de exponer la manifestación del inconsciente, de poner en acto la realidad del inconsciente en el fenómeno de la transferencia” (p. 4).

Referencias bibliográficas

- Bydlowski, M.** (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris, Francia: P.U.F.
- Bydlowski, M.** (2008). Les dépressions maternelles en question. En : *Le Carnet PSY*, 129, 38-44.
- Bydlowski-Aidan, S.** (2011). *Les blues post-natal et ses effets sur le bébé. Dynamique de l'émotion maternelle et régulations du nouveau-né dans les huit premières semaines de vie*. Tesis de doctorado no publicada, Université Paris VII Denis-Diderot, Paris, Francia.
- Fédida, P.** (2006). *El sitio del ajeno: la situación psicoanalítica*. México: Siglo XXI.
- Fédida, P.** (2006) *¿Por dónde empieza el cuerpo humano?: retorno a la regresión*. Traducción de Betina Keizman. México: Siglo XXI.
- Freud, S.** (2006). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar (Breuer y Freud). En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. II, pp. 27-43). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente en 1893-95)
- Freud, S.** (2006). La etiología de la histeria. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. III, pp. 185-218). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente en 1896).
- Freud, S.** (2005). La regresión. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. V, pp. 527-542). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente 1900-1901).

- Freud, S.** (2005). El proceso primario y el proceso secundario. La represión. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. V, pp. 578-597). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente 1900-1901).
- Freud, S.** (2008). Fragmento de análisis de un caso de histeria. El cuadro clínico. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. VII, pp. 15-56). Buenos Aires: Amorrortu. Trabajo publicado originalmente (1905 [1901])
- Freud, S.** (2006). Las propiedades particulares del sistema Icc. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XIV pp. 183-186). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente 1915).
- Freud, S.** (2006). De guerra y muerte. Temas de actualidad. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XIV, pp. 273-303). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente en 1915).
- Freud, S.** (2006). Lo ominoso. En: J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XVII, pp. 215-251). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente en 1919).
- Mellier, D. y Rochette J.** (2009). Les souffrances primitives familiales et leur devenir dans le post-partum immédiat. En: *Champ psychosomatique*, 4 (56), 113-133.
- Miller, J.-A.**, (2003). Genio del psicoanálisis. En: *Virtualia, Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, 7, 2-7. Recuperado de: <http://virtualia.eol.org.ar/007/default.asp?notas/jamiller-02.html>
- Perrusi, M.** (2006). *Institution mère-enfant, prévention et lien social: Recherches et perspectives sur l'intervention précoce*. Tesis de doctorado no publicada, Universidad Paris VII Denis-Diderot, París, Francia.
- Riazuelo, H.** (2003). ¿À quoi rêvent les femmes enceintes ? En : *Champ psychosomatique*, 3 (31), 99-115.

APÉNDICE

B. Acuse de Recepción de Artículo

04/07/13 Outlook - psi_carapia@hotmail.com

Prodigy / MSN

Maria Angeles Fernandez Ca

afectio@antares.udea.edu.co

Re: Postulación artículo no deseado

afectio

afectio (affectio@antares.udea.edu.co) [Agregar a](#)
Para: María Angeles Fernandez Carapia

Carpetas

- Entrada
- Correo no deseado** 11
- Borradores 35
- Enviados
- Eliminados** 6
- Resultados de búsqueda
- [Nueva carpeta](#)

Vistas rápidas

- Documentos** 2
- Fotos** 3
- Marcados 1
- [Nueva categoría](#)

Buenas tardes profesoras María Ángeles Fernández y María Antonia Reyes,

Confirmamos recibo del artículo "UN ABORDAJE PSICOANALÍTICO DEL MALESTAR EN EL POSPARTO INMEDIATO: DE LA REGRESIÓN HACIA LA PLASTICIDAD PSÍQUICA" como candidato a publicación. Encontramos correctos los archivos enviados, excepto el formato de autorización que debe ser diligenciado por las coautoras (puede ser en el mismo formato los datos y firmas de ambas, o en formatos independientes como co-autoras). Una vez lo envíen nuevamente daremos por concluido el recibo.

Atentos a sus inquietudes y agradeciendo su interés en nuestra publicación,

Julio E. Hoyos --
Director Affectio Societatis
Departamento de Psicoanálisis
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Universidad de Antioquia
Medellin, Colombia

Diana Patricia Carmona H
Editora Affectio Societatis

Contenido de [Más información](#)

© 2013 Microsoft Términos Privacidad Desarrolladores

<https://col125.mail.live.com/default.aspx?id=64855#h=132057520&fid=&st=affectio%40antares.udea.edu.co&mid=2968e283-ddd0-11e2-b4b6-00237de41620&f=1> 1/1

APÉNDICE

B. Acuse de Recepción de Artículo

04/07/13 Outlook - psi_carapia@hotmail.com

Prodigy / MSN

Maria Angeles Fernandez Ca

Nueva Respuesta
:tio@antares.ud

RE: Postulación artículo

Eliminar Postulación Eliminar no deseado Limpiar Mover a afectio

Carpetas

- Entrada
- Correo no deseado 11
- Borradores 35
- Enviados
- Eliminados 6
- Resultados de búsqueda
- Nueva carpeta

Vistas rápidas

- Documentos 2
- Fotos 3
- Marcados 1
- Nueva categoría

afectio (affectio@antares.udea.edu.co) Agregar a

Para: Maria Angeles Fernandez Carapia

 Depa
f Ag
amig

Buenas noches, confirmamos recibo de los formatos solicitados. El proceso de evaluación académica de los artículos toma aproximadamente cuatro meses, en cuanto tengamos noticias se las estaremos comunicando.

Atentamente,

Julio E. Hoyos --
Director Affectio Societatis
Departamento de Psicoanálisis
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Universidad de Antioquia
Medellin, Colombia

Diana Patricia Carmona H
Editora Affectio Societatis
Departamento de Psicoanálisis
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Universidad de Antioquia
Medellin, Colombia

<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/>

En Wed, 26 Jun 2013 00:40:35 +0000, Maria Angeles Fernandez Carapia escribió
> Cordiales saludos nuevamente,
>

Contenido de Más información

© 2013 Microsoft Términos Privacidad Desarrolladores

<https://ool125.mail.live.com/default.aspx?d=64855#n=1320557520&fid=&st=affectio%40antares.udea.edu.co&mid=4f8dd996-de05-11e2-bc28-00215ad80a28&v=1> 1/1

APÉNDICE

C. Oficio Inicial Programa de Residencias



San Luis Potosí, 14 de septiembre de 2011.

DR. ROBERTO AVALOS CARBAJAL
COMISIONADO DE LA COEPRIS

Asunto: Practicas Profesionales de Estudiantes de la Maestría en Psicología. UASLP.

Por medio de la presente me permito saludarle y solicitar atentamente autorización para que las Licenciadas en Psicología María Angeles Fernández Carapia y Eunice Amor González Ochoa realicen Prácticas Profesionales del área en el Hospital del Niño y la Mujer de esta ciudad.

Las Licenciadas en Psicología Fernández Carapia y González Ochoa son actualmente alumnas que cursan el primer semestre de la Maestría en Psicología (con registro en el Padrón de Posgrados de calidad Conacyt).

Nuestro Programa requiere que los alumnos realicen dichas prácticas profesionales como elemento indispensable de su formación para ejercitar los saberes teóricos metodológicos adquiridos en el Posgrado.

Su autorización será muy relevante para coadyuvar en esta importante realización. Es así que proponemos que los alumnos inicien dicho ejercicio el 20 de septiembre del presente por un periodo de un año, hasta el 19 de septiembre de 2012.

El requisito de las prácticas profesionales es de cumplir 6 horas a la semana colocando el horario a disposición de la institución.

Las actividades que se realizarán son las siguientes: intervención de apoyo y acompañamiento psicológica a mujeres con embarazo de alto riesgo y a pacientes en periodo postparto por Cesárea en el Área de Gineco obstetricia del Hospital.

Agradeciendo de antemano la atención que sirva a la presente y no dudando el vernos favorecidos en nuestra petición, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

“SIEMPRE AUTÓNOMA. POR MI PATRIA EDUCARÉ”



**INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y
POSGRADO**

Carr. Central Km. 424.5
Zona Universitaria Oriente
CP. 78494 San Luis Potosí, S.L.P. México
Tel y fax (444) 8 18 2522
Y 8 22 22 15
www.uaslp.mx

C.c. Archivo


DRA. MA. ANTONIA REYES ARELLANO
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Recibe
14/09/11

APÉNDICE

D. Oficio Final de Cumplimiento del Programa de Residencias



DIRECCIÓN: POLÍTICAS Y CALIDAD EN SALUD
DEPARTAMENTO: CAPACITACIÓN E INFORMACIÓN EN SALUD
DOMICILIO: JESÚS GOYTORTÚA No. 340 C.P. 78269
FRACC. TANGAMANGA
NUMERO DE OFICIO:
EXPEDIENTE 24.1 **№ 08189**

ASUNTO: Liberación.

17 ABR. 2013

San Luis Potosí, S.L.P.,

DR. OMAR SÁNCHEZ – ARMÁSS CAPPELLO
JEFE DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y
POSGRADO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
CARRETERA CENTRAL KM 424.5
ZONA UNIVERSITARIA ORIENTE, C.P. 78494
CIUDAD.

Por medio del presente se hace constar, para los efectos de que hubiera lugar que la:

C. FERNANDEZ CARAPIA MARIA ANGELES

Alumna de la: **MAESTRIA EN PSICOLOGÍA**

Cumplió satisfactoriamente con su Programa de Residencias de la Maestría en Psicología en el Área de Formación Profesional en Estudios Psicoanalíticos, que le fue encomendado en el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa" de los Servicios de Salud, durante el periodo comprendido del 01 de septiembre del 2011 al 28 de febrero del 2013.

A T E N T A M E N T E.
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN.
EL DIRECTOR GENERAL.

DR. FRANCISCO JAVIER POSADAS ROBLEDO.



AL CONTESTAR ESTE OFICIO CITENSE LOS DATOS
CONTENIDOS EN EL ANGULO SUPERIOR DERECHO

"2013, Año del 150 Aniversario de San Luis"

APÉNDICE

E. Documentos Probatorios Estancia de Investigación en el Extranjero



DIRECCIÓN ADJUNTA DE POSGRADO Y BECAS

DIRECCIÓN DE BECAS

MÉXICO D. F. A 21 de junio de 2012

FERNANDEZ CARAPIA MARIA ANGELES

CVU: 430962

Presente

Con base en la Convocatoria **Becas Mixtas 2012-2013 Movilidad en el extranjero (290674)**, ha sido elegido para participar en una estancia de investigación en **UNIVERSITÉ PARIS-DIDEROT PARIS 7, Francia**, por el periodo del **03 de septiembre 2012 al 31 de octubre 2012**.

En este sentido, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología le apoyará con una beca de manutención mensual por \$15,000.00 M.N., \$670.00 M.N. mensuales por concepto de seguro médico y \$6,000.00 M.N. por transportación por única vez.

Sin más por el momento reciba un cordial saludo.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized cursive letters that appear to read 'JHE'.

M. en C. Jorge Herrera Espinosa
Director de Becas.

APÉNDICE

E. Documentos Probatorios Estancia de Investigación en el Extranjero

université
**PARIS
DIDEROT**
PARIS 7
ufr sciences humaines cliniques

Drina Candilis-Huisman
UFR études psychanalytiques
Université Paris-Diderot
drinacandilis@wanadoo.fr

A l'attention de
Du responsable académique du département de psychologie
De l'université autonome Saint Louis Potosi

Je soussignée, Drina Candilis-Huisman, Maître de conférence, habilitée à diriger des recherches à l'UFR Etudes Psychanalytiques (anciennement sciences humaines cliniques) au sein de l'université Paris Diderot – Paris 7, invite mademoiselle Angeles Fernandez Carapia, étudiante dans votre Université, à effectuer un séjour académique du 25 août 2012 au 31 octobre 2012. J'attends de ce séjour une collaboration renforcée entre nos deux départements, collaboration qui a déjà été initiée par madame Antonia Reyes lors notre rencontre au Mexique en mars 2009, à Guadalajara, alors que je venais donner des conférences à l'invitation de monsieur Gabriel Zarate, enseignant à l'université de Guadalajara en 2009.

Il s'agit au cours de ce séjour de collaborer aux projets de recherche de l'équipe « psychanalyse et médecine » du laboratoire du CRPMS (dirigé par le Pr Alain Vanier) notamment autour de la souffrance des femmes lors de grossesse ou d'accouchement à risque et de leur retentissement sur le développement de l'enfant. Mademoiselle Fernandez Carapia participera également aux séminaires hebdomadaires de cette équipe de recherche, séminaires qui se tiennent dans les locaux de l'UFR, 26 rue de Paradis à Paris.. Elle pourra suivre un stage de perfectionnement aux méthodes d'observations et d'intervention en périnatalité dans une équipe de recherche proche de notre laboratoire, dirigée par madame le Dr Gisèle Apter., ainsi qu'une participation au travail d'une chercheuse de mon équipe dans le service du professeur Mebazza à l'Hôpital Lariboisière. Le projet de master qu'elle m'a envoyé correspond tout à fait aux objectifs de mes travaux, et l'expérience scientifique que nous pourrons lui apporter enrichira je l'espère son approche

Je suis sûre que le séjour de Mademoiselle Fernandez Carapia sera donc un atout important dans la collaboration de nos deux facultés, et j'attends vivement sa présence parmi nous.

Veuillez agréer, monsieur le Professeur, l'expression de mes salutations respectueuses

A Paris, le jeudi 24 mai 2012

UNIVERSITÉ PARIS 7 - DENIS DIDEROT
UFR Sciences Humaines Cliniques
26 rue de Paradis
75480 PARIS Cedex 10

Fernandez Carapia

APÉNDICE

E. Documentos Probatorios Estancia de Investigación en el Extranjero



ECOLE DOCTORALE
RECHERCHES EN PSYCHANALYSE
ET PSYCHOPATHOLOGIE

université
**PARIS
DIDEROT**
PARIS 7

Rapport du séjour de Maria-Angeles Fernandez Carapia

Maria-Angeles Fernandez Carapia a effectué un séjour de recherche à l'université de Paris-Diderot, dans l'UFR Etudes psychanalytiques du 27 août au 3 novembre 2012. Au cours de ce séjour, elle a déployé une activité dans plusieurs directions

- effectué des recherches en bibliothèque pour l'élaboration de son projet de thèse.
 - Elle a assisté au séminaire de master de Madame le professeur Drina Candilis-Huisman, séminaire consacré à la périnatalité.
 - Elle a effectué un stage d'observation dans l'unité de recherche PPUMA de l'hôpital Erasme des Hauts-de-Seine, où elle s'est familiarisé avec des outils de recherche sur les relations précoces mère-bébé.
 - Elle a participé à plusieurs colloques scientifiques notamment
1. Actualités en psychanalyse du 20 au 23 septembre 2013, organisé conjointement par l'université Paris Diderot et la société Espace Analytique
 2. A la lisière de la procréation médicalement assistée, 4 octobre 2012, journée organisée par le Professeur Maurice Corcos, université de paris 5, Institut Mutualiste Montsouris et le Pôle de recherche Imagine, Dirigé par le Pr Munnich et le Pr. Frydmann (Université paris 5, Hôpital Necker) ainsi que madame Monique Bydlowski, directrice de recherches Pari-Diderot.

C'est un séjour qui s'est révélé très fécond sur le plan scientifique. Je serais personnellement très heureuse de pouvoir prolonger cette rencontre par un projet de co-tutelle autour de sa thèse et par un accord inter-universitaire, avec l'université Saint Luis Potosi. Je suis très satisfaite de son implication et des intérêts qu'elle montré pour les recherches en périnatalité que nous menons en France.

Fait à Paris le 27 octobre 2012.

Drina Candilis-Huisman
MCU, HDR
UFR Etudes psychanalytiques
drinacandilis@wanadoo.fr

Ecole Doctorale « Recherches en Psychanalyse et Psychopathologie »
Université Paris Diderot, UFR de SHC, 26 rue de Paradis - 75010 Paris. Site : www.edpsycho.org
Tél./fax : 01 57 27 63 80. e-mail : edoc.psycho@univ-paris-diderot.fr