

# EL PSICOANÁLISIS LACANIANO APLICADO A LA ATENCIÓN A LA SALUD PÚBLICA

**Mariela Rodríguez Méndez**

**Dionisio Zaldívar Pérez**

*Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.*

## RESUMEN

El presente artículo pretende esbozar la inclusión de psicoanalistas de orientación lacaniana en el Sistema Nacional de Salud cubano, que se distingue por su carácter público y gratuito, sin alternativas privadas de atención. La preocupación por la efectividad, eficacia y eficiencia, suele ser abordada con la existencia de programas, que incluyen resultados de medicina basada en la evidencia, y el estudio de caso en los diferentes equipos de salud. En ese contexto, apostar a un sujeto ético, del inconsciente, con su singular modo de goce; a partir del deseo del analista; constituye un modo de aplicar el psicoanálisis de orientación lacaniana a la terapéutica en el ámbito de la institución que se ocupa del complejo proceso salud-enfermedad. La construcción, presentación y discusión del caso clínico en el trabajo de equipo, constituye el modo de demostrar la eficacia del psicoanálisis.

**Palabras claves:** Psicoanálisis aplicado, sistema nacional de salud, eficacia, caso clínico

## ABSTRACT

*This article aims to outline the inclusion of psychoanalysts with a Lacanian orientation in the Cuban National Health System, which is public and free, without private alternatives of care. Effectiveness, efficacy and efficiency is usually improving with the existence of health programs, which include evidence-based medicine results, and the case study in the different health teams. In this context, the psychoanalysts bet on an ethical subject, of the unconscious, with its singular mode of enjoyment; starting from the desire of the analyst. It constitutes a way of applying Lacanian-oriented psychoanalysis to the therapy and the institution that deals with the complex health-disease process. The construction, presentation and discussion of the clinical case in teamwork constitutes the way to demonstrate the efficacy of psychoanalysis*

**Keywords:** Applied psychoanalysis, national health system, efficacy, clinical case

## Introducción

Desde 1959 en Cuba, con un proceso de profundas transformaciones sociales, económicas y políticas, se establecen como baluartes el carácter público y gratuito de la educación y la salud. El sistema de salud enfatiza el carácter preventivo, articulado a la atención secundaria y terciaria.

En consecuencia, se crean policlínicas en las comunidades, se construyen hospitales e institutos que se encargarán de la atención primaria, secundaria y terciaria respectivamente. En cada una de ellas se atiende al paciente con los recursos que requiera, hasta que sea necesario. La decisión de iniciar y concluir un tratamiento, depende del criterio profesional, adecuado a las peculiaridades de la institución. No existe una atención a la salud privada. Es el estado, el único garante de la atención. Son los programas de salud, los que orientan el proceder de los profesionales (INFOMED. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 2020).

Con el cambio del proceso social en 1959, emigran muchos de los profesionales de la salud, y son pocos los psicoanalistas que quedaron en la asistencia pública. Las universidades, reconocían el lugar del psicoanálisis, entre otras grandes alternativas de psicoterapias. El esfuerzo estaba en la integración para una clínica autóctona; no se enfatizó la formación en ninguna escuela de psicoterapia existente. Quedaba para el profesional la elección de una u otra en su formación postgraduada. Muchos relatan su formación con algún psicoanalista que decidió espontáneamente hacerlo, fuera de una legitimación institucional. No es secreto el interés del psicoanalista por extender fuera del consultorio, su saber hacer.

*El movimiento desde el psicoanálisis hacia las ciencias de lo social denominado psicoanálisis aplicado se encuentra presente ya en la obra psicoanalítica temprana, lo cual terminaría encontrando un soporte institucional en 1912 a través de la publicación de la revista Imago, bajo la dirección de Hans Sachs y Otto Rank (Messina, 2015, p. 449).*

Desde 1989, se forman psicoanalistas en Cuba. En los '90 se constituyó el Grupo de Estudios Psicoanalíticos de La Habana, asociado a la Escuela del Campo Freudiano de Caracas; que, en el 2002, pasa a pertenecer a la Nueva Escuela Lacaniana (NEL) y Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP).

Hoy, en La Habana, existe una delegación de dicha escuela. En el 2005 se crea la Sección de Psicoanálisis Lacaniano en la Sociedad Cubana de Psicología. (Laje Vallejo & Bedevia Santoyo, 2017).

En el 2018 se firmó un *Memorándum de entendimiento* para la cooperación entre la Nueva Escuela Lacaniana, y la Sociedad Cubana de Psicología que establece el intercambio sostenido entre ambas instituciones.

Se puede observar que hace más de treinta años existen profesionales formados por el estado cubano en el Sistema Nacional de Salud (SNS), que contribuyen, desde el psicoanálisis de orientación lacaniana.

El psicoanálisis, al decir de Baudini (2017) amarra la existencia de cada uno de aquellos a los que dedicamos nuestro trabajo. Al tiempo que hace lazos con otros, ya que lo más singular de cada uno es hacer lazos.

### **El acceso público al psicoanalista de orientación lacaniana**

Accede el público general a un analista en el sistema de salud por derivación, transferencia y, sobre todo, por el deseo del analista que, ocupando un rol institucional como psicólogo o psiquiatra, hace existir al psicoanálisis en el seno de este rol.

En ocasiones, el paciente es derivado y se encuentra con este profesional, que opera con el deseo del analista. Otras veces, suponiéndole un saber al psicoanálisis o al analista en cuestión, se puede solicitar atención y el analista podrá escuchar la demanda en el marco institucional.

La institución por su parte, tiene acceso al psicoanalista de orientación lacaniana porque el psicólogo o el psiquiatra en nuestro contexto, se inserta en dichas instituciones, a partir de su formación universitaria. En un proceso previo de captación profesional, la institución también puede definir qué tipo de profesional espera y si prefiere alguno con formación analítica.

El analista lacaniano se orienta por los principios de su práctica que es esencialmente ética (Laurent É. , *Principios rectores del acto analítico*, 2018; Miller J.-A. , 1999). Se inserta en estas

instituciones y su acto puede redundar en logro de objetivos de dichos programas; sin responder a los ideales de la época, exigir voluntad, adaptación social, o aplastar el singular modo de goce del sujeto (Laurent É. , *Los dos pliegues del síntoma y la institución*, 2019).

En la institución, el psicoanálisis aplicado, se sostiene gracias al deseo del analista quien abre un espacio inusitado para el despliegue de la palabra en pos de elaborar un saber nuevo y producir una rectificación (Cárdenas, 2004).

Se opera apuntando a esa satisfacción que se esconde en el sufrimiento que aqueja, para dar lugar a un deseo singular; que, según cada caso, uno por uno, podría redundar en prevención, curación o rehabilitación.

Se asume que, en cualquier momento histórico y contexto social retorna en forma de síntoma aquello imposible de adaptar a la norma, que habita en cada ser hablante. Es ese síntoma el que orienta al psicoanalista, quien a diferencia de la biopolítica actual de los DSM y los estudios basados en la evidencia, no lo reduce a un trastorno o desorden (Belaga, 2014).

Permitir un encuentro con el analista en la institución, requiere que este se pueda separar de las demandas institucionales. El lugar del analista en una institución debe suspender los saberes previos y dejarse sorprender por la enseñanza de los saberes efectivos, útiles para su práctica, a partir de la experiencia misma, orientada siempre por la ética y los principios políticos del psicoanálisis. Ello requiere cierto consentimiento recíproco y el deseo del analista para hacer confluir el saber con lo inédito. (Cárdenas, 2004)

Desde la orientación lacaniana, se concibe esta práctica como psicoanálisis aplicado a la terapéutica en la institución. A partir de la primera sesión, el analista opera con la política del fin de análisis, la transferencia como estrategia y la interpretación como táctica. (*Lacan, La dirección de la cura y los principios de su poder*, 1971) Y cada cual termina la experiencia cuando sea suficientemente buena, siendo usual que no se llegue a la formación de un analista en fin de análisis como suele suceder en el psicoanálisis puro (Belaga, 2014).

Se busca incidir en la economía de goce, por medio del decir en el dispositivo. Incluso en los casos que no van más allá de un momento preliminar, se aloja al sujeto, se introduce una escansión, un tiempo de localización y comprensión de lo que aqueja.

La primera entrevista, tiene los mismos objetivos que cualquier proceso preliminar: donde se busca una transformación ética de la demanda, que consiste en indicar al sujeto la parte que él tiene en la fabricación y preservación de las condiciones de su sufrimiento y posteriormente, propiciar la apertura del sujeto a una pregunta sobre la causa de su sufrir que movilice una verdadera y propia indagación heurística de su verdad, hasta dar lugar a las transformaciones subjetivas que implican arreglárselas de otro modo con lo real de su goce. En este sentido debe privilegiarse la verdad de la causa sobre la supresión del sufrimiento sintomático. Podría requerirse previamente una rectificación del Otro que espera el demandante en la institución, durante el proceso inicial de acogida. Alojar, sostener, escuchar al sujeto en este momento preliminar puede formar parte de esa rectificación del Otro. (Recalcati, 2004).

De este modo, la población general y la institución también puede tener acceso al psicoanalista en el seno de sus equipos de trabajo. Se inserta el psicoanalista lacaniano en los equipos de trabajo, que atienden el sufrimiento psíquico, enfermedades crónicas no transmisibles y las transmisibles, en los diferentes niveles de atención del sistema de salud.

## **La formación del analista**

Los analistas miembros de la NEL en conjunto con la Sección de Psicoanálisis Lacaniano de la Sociedad Cubana de Psicología, ofrecen espacios de formación epistémica, clínica y política. Realizan cursos y seminarios durante el año, de carácter nacional e internacional; también acogen en análisis y supervisión o control a quienes eligen formarse como analistas.

En la Universidad de La Habana, no hay asignaturas netamente psicoanalíticas, pero sí se introduce el psicoanálisis. Se ha permitido la implementación de cursos de postgrados psicoanalíticos en la Facultad de Psicología.

Este trabajo de extensión del psicoanálisis y la presencia de los analistas en la ciudad, permite que se acerquen interesados para la formación en psicoanálisis. Son los miembros de la NEL en La Habana, quienes se encargan de las entrevistas de admisión de quienes quieran devenir asociados a la NEL-Delegación La Habana.

Este proceso de formación ha sido posible gracias a la apuesta decidida del Campo Freudiano, la Asociación Mundial de Psicoanálisis y La Escuela Una, donde se inserta la NEL. (Nueva Escuela Lacaniana, 2018)

## **La evidencia del psicoanálisis: su impacto en nuestro contexto**

El psicoanalista lacaniano, da muestra de su eficacia en el trabajo sostenido, junto a otros profesionales de los diferentes equipos institucionales. La transmisión formalizada de su experiencia en los equipos de trabajo multidisciplinarios, jornadas y eventos científicos son modos posibles de hacer existir el psicoanálisis en las instituciones. Estas acogen al profesional, respetando su orientación epistémica, siempre que dé cuenta de los resultados de su práctica.

Al interior de la Escuela de Lacan, el analista ha de dar pruebas de su acto. Al mismo tiempo, cuenta con los espacios para subjetivar sus dificultades y formarse en la construcción de caso. En consonancia, no hay analista lacaniano, sin la práctica del control o supervisión para analizar los *impasses* o resistencias de los análisis que conduce. Asimismo, el análisis personal del practicante, en el marco de la Escuela lacaniana, apunta a la emergencia del deseo del analista, advertido de sus modos de goce y soluciones fantasmáticas que no deben interferir en su práctica (Nueva Escuela Lacaniana, 2018).

En el psicoanálisis se opta por la tradición de la construcción del caso por parte del analista para rendir cuenta de su acto. Además, existe el “testimonio del pase”, que es una propuesta de Lacan en su Escuela, para que quienes hayan concluido la experiencia, formalicen y demuestren los efectos de ella misma.

El psicoanálisis cuenta con una lógica, susceptible de ser transmitida, en tanto el caso construido puede demostrar las transformaciones subjetivas del analizante, a partir de las interpretaciones bajo transferencia, en pos de un nuevo arreglo con la singularidad de su goce (Miller J.A. , 2011).

Es función de la construcción del caso, permitir reinventar el psicoanálisis tanto como sea necesario para estar a la altura de la subjetividad de la época. Desde esta perspectiva, “No hay clínica sin epistemología, es uno de los rostros de la ética del psicoanálisis. La causa freudiana es la causa de la formalización del saber contra el partido de lo inefable, de lo indecible”. (Brousse, 2003, pág. 66)

Nuestro sistema de salud, hace de la clínica tradicional y la responsabilidad profesional un baluarte. La tradición del trabajo multidisciplinario y la discusión del caso clínico en la institución constituye un modo de velar por la efectividad, la eficacia, la eficiencia. La orientación psicoanalítica se adecúa a esta concepción de trabajo. Así, en la medida que los analistas aprenden de los otros discursos, ponen el suyo a circular, para rescatar lo más singular de la satisfacción posible de quienes acuden a nuestras instituciones.

Se logran en Cuba elevados niveles de salud a nivel poblacional, a pesar de las difíciles circunstancias económicas de nuestra sociedad. Interesa, la asunción de los mejores resultados posibles para incluirlos en los diferentes programas de salud, que regulan la actividad en los diferentes niveles del sistema. Pero la tecnología, la farmacéutica lucrativa no comandan. Nada obliga a seguir el programa por encima de las particularidades del caso. Decide el profesional responsable de sus actos.

Sin embargo, cuando nuestros programas aspiran a una salud para todos, también pueden desconocer el lugar de ese goce irreductible y de su retorno en forma de síntomas. Es ahí, cuando la intervención del psicoanalista puede ir al encuentro con lo singular, imposible de recoger en la lógica de salud “para todos” de cualquier programa o protocolo.

Así suele suceder, por ejemplo, en uno de los programas que mejor funciona en nuestro contexto: el Programa de Atención Materno Infantil, que vela con esmero por la salud de la mujer embarazada. Ante riesgos para la madre y el bebé, sugiere el ingreso en “hogares maternos” que son instituciones creadas para su atención en la comunidad. No son pocas las gestantes que se niegan, generándose tensiones con el equipo de salud. En el encuentro con el psicoanalista, la embarazada no es persuadida, sugestionada, exigida. El analista, intenta propiciar un espacio al decir del sujeto que le permita subjetivar su posición respecto al embarazo, su riesgo y al Otro que puede representar el equipo de salud. Se da lugar, siempre que es posible, a la invención de alternativas viables para la gestante, acorde a la singularidad de su modo de goce. Esta postura, implica asumir riesgos y hacerse responsable de las consecuencias de este acto ante la institución. Este modo de bordear lo real, ha dado lugar al cumplimiento de los objetivos de este programa como otros tantos. (Bernia & Rodríguez, 2017).

Derivaciones de casos atendidos por múltiples programas de salud llegan a la consulta del psicoanalista practicante en la institución. Así una tensión arterial elevada que no disminuye con el tratamiento médico, puede dar lugar a la pregunta por la “tensión”. Ello permite el desplazamiento del discurso hacia un constante “hacer lo que me toca”. Ante la puntuación de la analista de ese “lo que toca” se hace referencia a cuidados de la madre enferma. Es la madre que, como mujer, eligió al marido que “tocaba” a la niña cuando enfermaba, en una “cura” mística que sugería la madre. Quedarse con “lo que toca” deviene un síntoma, cuya verdad se comienza a elucubrar en el encuentro con el analista. Localizar ese modo de goce, elaborar el saber inconsciente alrededor del enigma que representó quedarse en ese lugar, tuvo incidencia en su economía de goce. Pudo separarse de la demanda de esa madre y de su goce de quedar estragada en “lo que toca”. Logró así, cuidar de otro modo, dando lugar a un modo de amar y tocar, sin tensión arterial elevada. Vale destacar, que se continuó la experiencia, mucho más allá del alivio sintomático que aconteció en las primeras sesiones.

Encuentros similares acontecen en casos atendidos en nivel terciario, donde se busca rehabilitación o tratamiento de enfermedades de riesgo para la vida como puede ser el VIH/SIDA. Se reciben casos como el que relataremos, donde el diagnóstico no explica la multiplicidad de síntomas orgánicos, que llevan al médico a efectuar la derivación. Al dar lugar a la palabra, se puede identificar la defensa conmovida al saberse seropositiva. El

desencadenamiento de la angustia al recibir el diagnóstico actúa como una señal de lo real, incompatible con el fantasma de mujer correcta, diferente a las otras de su familia. Su fantasma se desvanece ante lo real del diagnóstico que ella interpreta como prueba de su comportamiento errado. Queda desprotegida, impotente y ubicada en su posición de objeto de goce para el Otro. Hasta el momento tenía un modo de goce soportable en la medida que se inventaba una forma de actuar “correcta” que le permitiese soportar “ser hija del engaño” a aquel padrastro-padre maltratador y maltratado a quien ella ama y sostiene. Lo anterior podría explicar que luego de algunas sesiones, comience a retomar el tema del “modo de actuar correcto” ahora frente a la enfermedad, restaurando de otra manera el velo fantasmático, defensa que funciona.

Las recaídas, el fracaso en la remisión esperada de los síntomas, los abandonos, podrían tener en su base, una satisfacción sintomática, no reconocida por el sujeto. De ahí que nos parezca significativo destacar la pertinencia del descubrimiento freudiano de la pulsión (goce para Lacan), y su tratamiento analítico para abordar esas dificultades.

La clínica actual con sujetos toxicómanos, los trastornos alimentarios, las distintas maneras de vivir la violencia, etc., pueden beneficiarse de esta premisa de satisfacción pulsional destacada por Freud. El concepto de pulsión, explicará la repetición propia del sufrimiento, más allá de lo que se creería correcto, deseable o propio de uno mismo.

Los casos asociados a problemáticas de salud y otros que acuden aquejados por un sufrimiento desbordante y enigmático, son tratados por el analista practicante en las instituciones de salud cubanas. Se muestra cómo es posible la inserción en los diferentes niveles del sistema de salud y contribuir a los objetivos fundamentales, atentos a la singularidad de cada caso, encontrando en lo real del goce de síntoma una brújula más que un intruso expulsable. (Laje Vallejo & Bedevia Santoyo, 2017). El analista apunta a la existencia de un sujeto ético, capaz de hablar y asumir una responsabilidad subjetiva ante su padecer.

Es, además, parte de la ética de trabajo del analista en la institución, sostener un diálogo con otros colegas, sin resistirse a la evaluación, siempre que esta no vaya contra la ética de la práctica analítica en sí misma como es el caso de los estudios experimentales y otros animados por la lógica positivista.

### **¿Por qué no someterse a metodología de la Medicina Basada en la Evidencia?**

Como hemos visto anteriormente, el psicoanálisis contempla la demostración de su acto en su práctica cotidiana. Es parte de la formación del analista, de la existencia del psicoanálisis en la época y de su reinención según los cambios de la subjetividad. Sin embargo, las pruebas que puede dar el analista no son susceptibles a la generalización que se espera del método para hacer de él un protocolo tecnológico, cuya replicación garantice la eficacia.

La psicología basada en la evidencia es un modelo teórico que asume el método científico de otras disciplinas que han sido capaces de demostrar empíricamente sus presupuestos a través del control experimental. Su referencia inicial ha sido la medicina y la metodología utilizada en los estudios clínicos con fármacos, y su mayor limitación las enormes fuentes de variabilidad que tiene la psicología al trabajar directamente con el comportamiento de las personas (Moriana, 2011, p. 81).

En el terreno de las ciencias “psi” (psicología, psiquiatría, psicopedagogía) en los diferentes niveles de atención de salud, no ha sido posible la aplicación de los modelos de evidencia al

nivel esperado. A pesar de sus intenciones de ganar en competencias clínicas que mejoren el tratamiento del sujeto que sufre, suelen excluir del proceso las variables subjetivas propias de la relación de ayuda. En su esfuerzo positivista, pareciera ser el método más que la terapia en sí, la clave de las evidencias. A pesar de las críticas recibidas por las dificultades de aplicar dichos resultados a las diversas situaciones clínicas, “menos puras” que las de este tipo de estudios, se sigue apelando al método positivista. (Cuevas Corona, Talallero, Villareal, & Ayala, 2017; Penedo Garcia & Lorenzo Ruiz, 2018)

No es casual que sea la psicología cognitiva (en sus diferentes modalidades) la opción más avalada en detrimento de otras como el psicoanálisis que no se ajusta a esta lógica de tratamiento, ni de evaluación de su práctica, si bien da cuenta de sus resultados de otro modo.

Debe prestarse atención al hecho de que otras terapias no cognitivistas no hayan podido “demostrar” su eficacia, aunque como el psicoanálisis, trabajen con el sujeto que sufre. (Cabello, 2004; Terán Camarena, Flores Gutiérrez, & González Olvera, 2015; Penedo Garcia & Lorenzo Ruiz, 2018)

Frases como la siguiente hacen parecer al profesional un tecnócrata y en correspondencia, se ignora la singularidad del caso a favor de centrarse en el síntoma y el tratamiento avalado. “No olvidemos que los psicólogos clínicos y los sanitarios no decidimos qué tratamiento aplicar a nuestros pacientes, de eso ya se ocupan los especialistas” (García Morilla, 2017). Para muchos profesionales, se trata de asumir lo prescrito como ley, aunque no sea ese el espíritu genuino de la preocupación por ofertar el mejor servicio al que lo solicita. Para el psicoanálisis es una cuestión ética asumir la responsabilidad por el acto analítico y sus consecuencias.

Las generalizaciones, las series estadísticas, la protocolización implican para el psicoanálisis “imitar a la ciencia fuera de su dominio” lo cual conduciría a decir de Laurent a la parodia. (Laurent E. , 2009, p. 12)

Un caso y un testimonio tienen como meta máxima, *nominar la singularidad del síntoma*, extraída a partir de la experiencia analítica. (Laurent E. , 2009) Al hacer del psicoanálisis un experimento, un protocolo, un estudio estadístico replicable, se abandona la ética que distingue un dispositivo que se ajusta a la singularidad de cada uno. Es inadmisibles pretender borrar lo singular de la praxis o sus reportes, para destacar solo lo que hace parte de la serie universal.

Por otra parte, el analista espera la instauración de la transferencia donde se manifiesta el tercero a nivel del inconsciente. Sin esta, no comienza la experiencia analítica.

El lazo de la transferencia supone un lugar, el “lugar del Otro”, como dice Lacan, que no está regulado por ningún otro particular. Este lugar es aquel donde el inconsciente puede manifestarse en el decir con la mayor libertad y, por lo tanto, donde aparecen los engaños y las dificultades. Es también el lugar donde las figuras de la pareja del fantasma pueden desplegarse por medio de los más complejos juegos de espejos. Por ello, la sesión analítica no soporta ni un tercero, ni su mirada desde el exterior del proceso mismo que está en juego (Laurent É. 2018).

En virtud de lo anterior, se excluye, cualquier tercero evaluador, dentro o grabando las sesiones, cuya autoridad solo se afirma por fuera de lo que está en juego entre el analizante, el analista y el inconsciente. Recordemos que la transferencia forma parte de la estrategia que ha de desplegarse para orientar la interpretación del analista, en función del fin de análisis (Lacan, *La dirección de la cura y los principios de su poder*, 1971).

La posibilidad de trabajar insertados en equipos de salud, conlleva respetar en estos, las condiciones de existencia del discurso analítico. Por eso no es una opción para el psicoanálisis la experimentación, el sacrificio de la singularidad de la experiencia, ni la aparición de terceros evaluadores en el dispositivo analítico. Tampoco es admisible el empleo de métodos persuasivos, educativos o sugestivos para adaptar al sujeto a ideales de la época, ni siquiera en defensa de su salud. Los síntomas no son reducibles a trastornos por erradicar. Es otro el recorrido posible en la experiencia analítica, para encontrar arreglos vivificantes con el singular modo de goce que tramitamos a partir de nuestros síntomas.

... este penar de más es la única justificación de nuestra intervención ... los analistas nos metemos en el asunto en la medida en que creemos que hay otras vías ... nos referimos a la pulsión justamente porque el estado de satisfacción se ha de rectificar a nivel de la pulsión (Lacan, 1992, p. 170)

No quisiéramos concluir sin destacar que en la aceptación de una u otra propuesta “científica”, intervienen de manera directa elementos y/o factores sociológicos de autoridad, consenso, intereses, corporativos, etc. (Bloor, 1981). Las investigaciones etnográficas y estudios de laboratorio abordan la ciencia como práctica y cultura de los científicos dentro del laboratorio, en sus relaciones con las instituciones patrocinantes; elaborando estrategias, forzando a la naturaleza a ajustarse a sus hipótesis. De manera que, la ciencia también deja de abordarse como producción exclusiva de conocimiento verdadero. Los aportes de la sociología de la ciencia son de sumo valor, porque nos ayudan a comprender cómo la validez del producto científico puede medirse por criterios ajenos a los racionales que se les presuponen. Las leyes del mercado, en la época actual pueden ser las que rigen el proceso (Rosa, 2008).

## **Conclusiones**

La presencia del psicoanálisis lacanianano, donde la atención a la salud es siempre pública y gratuita, da cuenta de las posibilidades que se abren a una práctica efectiva, eficaz y eficiente cuando se consiente al lazo de trabajo entre profesionales, niveles de atención, discursos.

Nos enseña también que se pueden generar resultados eficaces y eficientes, orientándonos por la singularidad del caso clínico y advertidos de que el sujeto atendido en el sistema de salud es también un sujeto ético. Participa de sus decisiones respecto a su salud, su modo de vivir y morir de una manera singular que a veces le es ajena, extraña, inconsciente.

El psicoanálisis aplicado en las instituciones de salud en nuestro contexto, ha contribuido a la inclusión de la subjetividad, en las decisiones tomadas por los equipos de salud en los diferentes niveles de atención.

Los programas de salud y los protocolos apuntan a una lógica colectiva para todos, que dificultaría su efectividad, eficacia y eficiencia si borra la posibilidad de orientar las acciones profesionales por la singularidad del caso. Esto último, requiere dar lugar a la invención (de lo que no está prescrito), por parte de los equipos profesionales y los sujetos en cuestión.

Otros espacios serán requeridos para reflexionar sobre las posibilidades de un psicoanálisis puro en nuestro contexto.



## Referencias bibliográficas

- Baudini, S. (2017). Prólogo. In C. Laje Vallejo, & A. Bedevia Santoyo, *Psicoanálisis en Cuba. Invención ante lo real* (pp. VII-VIII). Habana: Científico-Técnica.
- Belaga, G. (2014). *Trauma, angustia y síntoma. Desafíos de la biopolítica*. Pcia de Buenos Aires: Grama.
- Bernia, M., & Rodríguez, M. (2017). El trabajo del psicólogo en la Atención Primaria de Salud desde una perspectiva psicoanalítica. In C. Laje Vallejo, & A. Bedevia Santoyo, *Psicoanálisis en Cuba. Invención ante lo real* (pp. 59-65). Habana: Científico-técnica.
- Bloor, D. (1981). The Strengths of the Strong Programme. . *Philosophy of the Social Sciences*, 11(3), 199-21.
- Brousse, M.-H. (2003). *Posición sexual y fin de análisis*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Cabello, F. (2004). Seldinfilo y disfunción erectil situacional. *Boletín FESS-AESS*, 8-10.
- Cárdenas, M. H. (2004). La práctica lacaniana y el Psicoanálisis Aplicado. *Metaphora*(3), 157-164. Retrieved octubre 2020, 4, from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2072-06962004000100020&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-06962004000100020&lng=pt&tlng=es)
- Cuevas Corona, P., Talallero, P., Villareal, A., & Ayala, M. (2017). Psicoterapia basada en la evidencia. Situación actual. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 32-38. Retrieved from [www.medigraphic.com/neurologia](http://www.medigraphic.com/neurologia)
- García Morilla, S. (2017, enero 26). *¿Qué es y qué no es la psicología basada en la evidencia?* Retrieved from PSYCIENCIA: <https://www.psyciencia.com/que-es-y-que-no-es-la-psicologia-basada-en-la-evidencia/>
- INFOMED. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. (2020). *Programas Nacionales*. (C. González Días, Editor) doi:<https://especialidades.sld.cu>
- Lacan, J. (1971). La dirección de la cura y los principios de su poder. In L. Jacques, *Escritos 2* (pp. 565-626). México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1992). *El seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Laje Vallejo, C., & Bedevia Santoyo, A. (. (2017). *Psicoanálisis en Cuba. Invención ante lo real*. Habana: Científico-Técnica.
- Laurent, E. (2009). El caso, del malestar a la mentira. In L. e. al., *Lectura del caso en la práctica de orientación lacanian* (pp. 11-27). Pcia. Buenos Aires: GRAMA ediciones.
- \_\_\_\_\_. (2018, 2 13). Principios rectores del acto analítico. In N. E. Lacaniana, *Anuario y textos estatutarios* (pp. 261--265). Buenos Aires: Nueva Escuela Lacaniana. Retrieved from EOL. Escuela de Orientación Lacaniana: <https://www.eol.org.ar>
- \_\_\_\_\_. (2019). Los dos pliegues del síntoma y la institución. *CYHERE*, 5-19. Retrieved from <http://revistacythere.com/portfolio-items/laurent-los-dos-plegues-de-sintoma-y-la-institucion/>
- \_\_\_\_\_. (2020, marzo 19). *El otro que no existe y sus comités científicos*. Retrieved from Zadig España: <http://zadigespana.wordpress.com/author/zadigespana>
- Messina, D. y. (2015). Lazos del psicoanálisis con otros campos de saber: psicoanálisis puro/aplicado, en intensión/en extensión. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigadores Investigadores en Psicología del ME. *Acta Académica*, 448-451. Retrieved from Acta Académica: <https://www.aacademica.org/000-015/801>
- Miller, J.-A. (1999). *Política Lacaniana*. Buenos Aires: Colección DIVA.
- \_\_\_\_\_. (2011). *Donc: La lógica de la cura*. Buenos Aires: Paidós.

- Moriana, J. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 81-100.
- Nueva Escuela Lacaniana. (2018). *Anuario y textos estatutarios*. Nueva Escuela Lacaniana.
- Penedo Garcia, H., & Lorenzo Ruiz, A. (2018). Panorámica actual de la psicología clínica basada en la evidencia en alcoholismo y otras drogodependencias. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana (revista en Internet)*. Retrieved from <http://www.revphph.sld.cu/index.php/hph/article/view/51>
- Recalcati, M. (2004). La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe. *Virtualia*(10). Retrieved from [www.revistavirtualia.com](http://www.revistavirtualia.com)
- Rodríguez Méndez, M. (2017). Cuando la angustia se asocia al VIH/Sida. In C. Laje Vallejo, & A. Bedevia Santoyo, *Psicoanálisis en Cuba. Invención ante lo real*. (pp. 73-80). Habana: Científico-Técnica.
- Rosa, A. (2008). El inútil combate entre la Psicología y la Historia. *Historia de la Psicología*, 31-66.
- Terán Camarena, V. A., Flores Gutiérrez, E. O., & González Olvera, J. J. (2015). Síntomas residuales de la depresión: terapias coadyuvantes. *Salud Mental*, 67-75. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58238799010>