

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN
PSICOPATOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS**

**EL LUGAR DEL SUJETO EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD
PÚBLICA: POSIBLES INTERVENCIONES
PSICOANALÍTICAS**

CAPÍTULO DE LIBRO

MARÍA FERNANDA ESCOBAR VERDESOTO

DIRECTOR: MTR FRANCISCO JARAMILLO TEJADA

QUITO, 2024

1. Título: El lugar del sujeto en una institución de salud pública: posibles intervenciones psicoanalíticas.

2. Resumen:

La presente investigación tiene como objetivos: pensar el lugar del sujeto e identificar las posibles intervenciones psicoanalíticas en una institución pública del primer nivel de atención. Llevando a cabo una aproximación al concepto de sujeto en la obra de Sigmund Freud y Jacques Lacan, para diferenciarlo del concepto de individuo, usuario o sujeto consciente.

Además, se investigó sobre la organización de la autoridad sanitaria en el Ecuador y su normativa legal vigente, con énfasis en el primer nivel de atención, o también conocidos como centros de salud.

Posterior a este recorrido, se identificó que brindar un lugar al sujeto del inconsciente es complejo, tomando en cuenta la dinámica y normativas que anteceden a la institución, sin embargo, existe una apuesta por la posición del clínico, lo cual también haría posible una intervención psicoanalítica. Finalmente, es importante mencionar que en las guías de práctica clínica revisadas no es prohibitiva la práctica clínica psicoanalítica.

Palabras clave: Sujeto, psicoanálisis, institución, salud pública.

Abstract:

The objectives of this research are: to think about the place of the subject and identify possible psychoanalytic interventions in a public institution of the first level of care. Carrying out an approach to the concept of subject in the work of Sigmund

Freud and Jacques Lacan, to differentiate it from the concept of individual, user or conscious subject.

In addition, the organization of the health authority in Ecuador and its current legal regulations were investigated, with emphasis on the first level of care, or also known as health centers.

After this journey, it was identified that making a place for the subject of the unconscious is complex, taking into account the dynamics and regulations that precede the institution; however, there is a commitment to the position of the clinician, which would also make an intervention possible. psychoanalytic. Finally, it is important to mention that in the revised clinical practice guidelines psychoanalytic clinical practice is not prohibitive.

Keywords: Subject, psychoanalysis, institution, public health.

3. Introducción:

El Ministerio de Salud Pública, es la autoridad sanitaria a nivel nacional, es decir, regula la prestación de los servicios de salud tanto en el ámbito público como privado y garantiza el derecho a la salud en el territorio ecuatoriano.

Los servicios de salud pública, de acuerdo con la capacidad resolutive, están organizados por niveles: el primer nivel de atención, o más conocidos como centros de salud, están ubicados en diferentes sectores a nivel nacional y tienen la responsabilidad de atender a la población del territorio asignado, son los encargados de resolver el 80% de problemas de salud de la población, incluido lo que respecta a la llamada salud mental. Solo el porcentaje restante de pacientes accederá a los servicios de psiquiatría de los hospitales de segundo nivel o a los servicios de tercer nivel, por ser casos de mayor complejidad que no logran ser sostenidos en el primer

nivel, se requiere el criterio y posterior referencia del profesional del centro de salud, para que un paciente sea remitido a un nivel de mayor complejidad.

Identificando la relevancia de los centros de salud públicos, se observa la pertinencia de realizar un análisis sobre la política pública que sostiene el servicio en los centros de salud y como esta política concibe al paciente, a ese sujeto que asiste con su malestar. Es oportuno realizar una lectura psicoanalítica de si en estos espacios existe un lugar para el sujeto del inconsciente y si es posible elaborar intervenciones desde la clínica psicoanalítica, tomando en cuenta la posibilidad de que en los servicios de salud mental públicos haya profesionales psicólogos con formación o interés de trabajar desde el psicoanálisis, como es el caso de la autora de este artículo, quién ha desempeñado su práctica clínica alrededor de 9 años en el sector público. La formación o el interés en el psicoanálisis en los profesionales psicólogos no es poco común en el Ecuador, principalmente en ciudades como en Quito o Guayaquil en las que se encuentran universidades en donde hay transmisión del psicoanálisis tanto en el pregrado como en el posgrado. En la práctica clínica con enfoque psicoanalítico es indispensable la escucha analítica, la atención flotante y hacer operar la regla fundamental de la asociación libre, y así brindarle un lugar al sujeto del inconsciente, quién es el protagonista de la novela familiar del neurótico, sus repeticiones y malestares, con el objetivo de que los sujetos sean más responsables de su posición en el mundo.

Ante lo planteado, surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es el lugar del sujeto en una institución pública del primer nivel de atención? ¿es posible intervenir desde el psicoanálisis en este tipo de institución?

Para abordar las siguientes interrogantes se realizará un acercamiento a la construcción del concepto de sujeto, partiendo desde el descubrimiento freudiano de

inconsciente, hasta la conceptualización de Lacan sobre el sujeto como efecto del significante. Posteriormente se investigará las normativas de la llamada salud mental en los servicios del primer nivel de atención a partir del año 2008, tiempo en el que se aprobó la nueva constitución, hasta la nueva ley de salud mental aprobada en el mes de enero de 2024. Esto permitirá tener un acercamiento al lugar que tiene el sujeto en la institución pública del primer nivel de atención y por lo tanto identificar si es posible una intervención psicoanalítica en el mencionado espacio.

4. Corpus o Marco Teórico:

Sujeto en psicoanálisis

Cuando la presente investigación se pregunta sobre el lugar del sujeto, cabe interrogarse: ¿a qué sujeto se está refiriendo? es el sujeto del psicoanálisis, del cual se da cuenta desde el descubrimiento del inconsciente como saber no sabido, este aporte es considerado como una revolución copernicana, es decir, la humanidad ha pasado por varias heridas narcisistas o graves afrentas a su ingenuo amor propio (Freud, 1917), la primera, la caída del geocentrismo, al decir Copérnico que la tierra no es el centro del universo, la segunda, relacionada con la teoría de la evolución darwiniana en la que refiere que el ser humano proviene del reino animal, y la tercera, atribuida a Freud, al identificar que el yo no es el amo del hombre, sino que tiene un inconsciente del cual depende (Freud, 1917).

Esta nueva concepción psicoanalítica de sujeto implicó un cambio paradigmático en la época, y problematiza la teoría estructurada por Descartes del sujeto cartesiano, mediante la cual, el pensamiento y la razón eran el único medio para encontrar el conocimiento e incluso la única certeza de la existencia del sujeto. Sin embargo, es importante destacar que el aporte de Descartes le dio existencia al sujeto de la ciencia y por ende, al del

psicoanálisis. En la Edad Media, la verdad estaba relacionada con lo religioso o lo filosófico y es a partir del *cogito ergo sum*, que Descartes viene a separar el saber de la verdad; para él, el saber hace referencia al conocimiento adquirido a través de la razón y reflexión, el mismo, es susceptible a su método de la duda metódica, pues manifestaba que el conocimiento obtenido mediante la razón puede ser dudoso. Por otro lado, de lo que no se puede dudar, es lo verdadero, por ejemplo, la existencia del sujeto a través del acto de pensar o la certeza de la existencia de Dios. Por lo tanto, desde esta concepción se puede decir que el saber está del lado de la ciencia y la verdad de lado de Dios (Descartes, 1641).

El *yo pienso*, en tanto se vuelva en el *yo soy*, apunta a un real – pero lo verdadero queda fuera hasta tal punto que Descartes tiene que asegurarse, de un Otro que no sea engañoso y que, además, pueda garantizar, con su mera existencia, las bases de la verdad, [...] prodigiosas consecuencias que tuvo esto de poner la verdad en manos del Otro, en este caso el Dios perfecto, cuyo asunto es la verdad pues, diga lo que diga, será siempre la verdad. (Lacan, 1964, p.44)

En el psicoanálisis, con la figura del Sujeto supuesto Saber, se crea un espejismo similar al del Dios perfecto, al pretender ubicar la verdad en manos del Otro, pero esta es solo la ficción que sostendrá el espacio de análisis. El genuino aporte con el que Freud revoluciona el mundo es considerar como única certeza, la existencia de un inconsciente, por lo que, si se retoma el término de verdad, se podría decir que esta no está afuera del sujeto.

A propósito de la anterior lectura de división entre el saber y la verdad que nace con Descartes, se puede decir que el sujeto sobre el que opera el psicoanálisis, es el sujeto correlato de la ciencia, aquel de la división entre el saber y la verdad, con la diferencia de

que el psicoanálisis no puede ser una ciencia en el sentido de acumular saber y de confiar la garantía de la verdad a un Sujeto supuesto Saber, pues no puede dejar de lado del campo del saber la verdad que retorna del síntoma (Cancina, 2008).

Antes de abordar sobre el sujeto como división desde el psicoanálisis lacaniano, será importante retornar a Freud, si bien es cierto, el concepto de sujeto no fue trabajado por el psicoanálisis freudiano, es precisamente su descubrimiento y trabajo sobre el inconsciente lo que posteriormente permitió al psicoanálisis continuar abordando este concepto, así como también, es alrededor de la constitución de los sujetos que se construye toda su obra.

Al inicio, Freud, se ocupa por el sujeto de la ciencia, intenta introducir el concepto de aparato psíquico en términos médicos, ejemplo de esto, son sus escritos metapsicológicos, en los que se encuentran textos como: El proyecto de una psicología para neurólogos (Freud, 1950/1895), en el que se observa su esfuerzo por explicar el funcionamiento psíquico en términos neuroanatómicos. Otro de los textos importantes es: Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas (Freud, 1893) en el que también se identifica el trabajo por establecer una nosología de la histeria, similar a otras patologías médicas. Sin embargo, desde este tiempo ya comienza a realizar un primer acercamiento al sujeto del psicoanálisis. Su escrito Estudios sobre la histeria (Freud, 1895) todavía no introduce el concepto de inconsciente, pero ya lo antecede al hablar sobre la doble conciencia, para referirse a una escisión de la misma, dando cuenta de la existencia de un material por fuera del estado de conciencia, del cual, en un inicio se podía saber a partir de los estados hipnoides de sus pacientes.

Un texto importante en el que Freud ya hace referencia al inconsciente propiamente dicho es la Carta 52 (1896), en la cual formula un primer esquema de aparato psíquico y

también se refiere por primera vez al concepto de represión. Se percibe el intento por formular su teorización sobre aparato psíquico, trabaja con la suposición de que el mecanismo psíquico está engendrado por estratificaciones sucesivas y cada cierto tiempo el material preexistente de huellas mnémicas experimenta un reordenamiento, una reescritura, una re-transcripción. En este esquema se entiende cómo percepción y memoria se excluyen entre sí, y lo novedoso es que Freud (1896) explica que la memoria no está planteada de forma simple sino múltiple y habla de una memoria escrita en signos, es decir significantes, si utilizamos términos de Lacan.

El esquema planteado, está organizado de la siguiente forma y existen al menos tres transcripciones, lo que se representa en la tabla 1:

Tabla 1

Primer esquema de aparato psíquico: Carta 52

P: neuronas donde se generan las percepciones, a las que se anuda la conciencia. No conserva huella de lo acontecido.
Ps: Signos de la percepción, es la primera transcripción de las percepciones, por completo insusceptible de conciencia y articuladas según una asociación por simultaneidad.
Icc: es la Inconsciencia, es la segunda transcripción, ordenada por otros nexos causales, quizás corresponda a recuerdos de conceptos.
Pre: Preconsciencia, es la tercera retranscripción, ligada a la representación-palabra. Correspondiente a nuestro yo oficial.

Nota. Adaptado de *La carta 52* (p.275), por S. Freud, 1896, Amorrortu Editores

Este primer esquema de aparato psíquico Freudiano antecede al posterior aporte de Lacan, al plantear la diferencia entre los significantes S1 y S2. Por ejemplo, al significante Uno, se lo puede entender en términos de lo que Freud llamó, signos de la percepción, pues al decir que la única relación entre estas transcripciones es la simultaneidad, la sincronía, es similar a lo que Lacan dirá sobre S1, que están inscritas sincrónicamente, pero entre ellas no hay ninguna relación, de tal modo que no producen significación. Por otro lado, al significante dos, se lo podría relacionar con la segunda retranscripción, en donde se da una nueva escritura ordenada por relaciones causales, y las huellas de este estrato corresponderían a recuerdos de conceptos, es importante mencionar, que para hablar de concepto hacen falta al menos dos inscripciones.

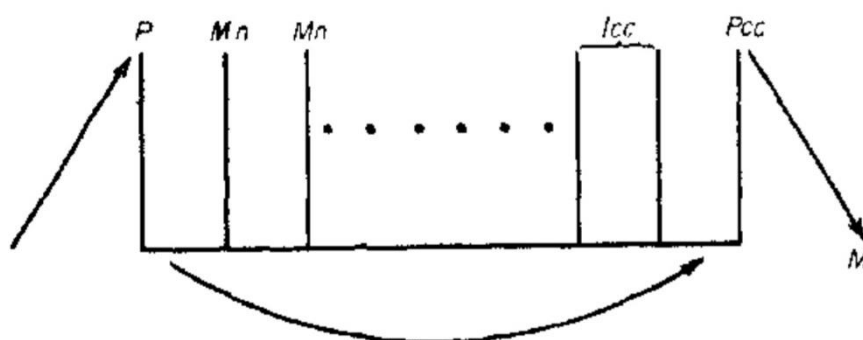
Posteriormente, en la Interpretación de los sueños (Freud, 1905) realizará una nueva lectura de aparato psíquico, menos médica, por ejemplo, ya no utiliza la palabra neuronas, como en la carta 52, y va a definir al aparato psíquico como un instrumento compuesto por sistemas o instancias, las cuales son localidades¹ psíquicas no anatómicas y la actividad del proceso psíquico tiene generalmente una dirección, la cual parte desde un extremo sensorial que recibe las percepciones, hacia el lado de la motilidad. El extremo de las percepciones no conserva ningún tipo de huella o memoria; sin embargo, posterior a este, ubica un segundo sistema, el de huellas mnémicas o memoria, el cual se caracteriza por ya sufrir una alteración de sus elementos y actúa por asociación simultánea. En el lado de la motilidad ubica al preconsciente (Pcc) el cual por procesos de excitación puede alcanzar con ciertas condiciones a la conciencia (Cc), y anterior a este se encuentra el inconsciente (Icc) el cual no tiene acceso a la conciencia, a menos que su contenido haya logrado pasar al preconsciente sufriendo varias modificaciones, entre el Icc

¹ Término utilizado por Freud en el capítulo siete de la Interpretación de los sueños: "Localidad psíquica corresponde entonces al lugar en el interior de un aparato, en el que se produce uno de los estadios previos de la imagen" (Freud, 1905, p.530).

y Cc operan resistencias que impiden el acceso libre del material inconsciente a la conciencia (Freud, 1900), como se representa en la figura 1:

Figura 1

Segundo esquema de aparato psíquico: La interpretación de los sueños



Nota: Adaptado de *La interpretación de los sueños* (p.531), por S. Freud, 1900,

Amorrortu Editores.

El presente esquema es el que Freud (1900), utiliza para explicar el aparato psíquico y principalmente el mecanismo del sueño, el cual sufre una modificación de la vigilia, deja de ser progrediente y pasa a ser regrediente, es decir, hay una regresión en el aparato psíquico, las representaciones encontradas en el Icc no se direccionan hacia el lado de la motilidad, sino que invisten el sistema de la percepción, mudándose las representaciones en la imagen sensorial de la que partieron.

Otro aporte del texto es identificar que durante el proceso onírico las resistencias disminuyen y que la fuerza impulsora del sueño es aportada por el inconsciente. También es importante mencionar el concepto que arroja sobre el sueño, al decir que es un “acto psíquico de pleno derecho; su fuerza impulsora es, en todos los casos, un deseo por

cumplir” (Freud, 1900, p.527). Para explicar a los sueños como cumplimiento de deseos, relata varios, y principalmente en los primeros capítulos del texto, hace referencia a sueños que dan cuenta de cumplimiento de necesidades físicas o de deseos conscientes, pero esto es mejor explicado en el capítulo VII, donde hace una clasificación del deseo como deseos de primera, segunda y tercera clase. Los primeros se encuentran en el sistema Pcc, los segundos entre el Pcc e Icc y los terceros en el Icc, para ejemplificar esto último de manera sencilla, se puede decir que los sueños infantiles, o los sueños de los adultos que claramente dan cuenta de un residuo diurno o de un deseo sofocado del día corresponden a deseos de primera o segunda clase, por otro lado, los sueños en los que claramente se observa desfiguración onírica, los presentados en los adultos, representan un material Inconsciente, generalmente relacionado con la vida infantil.

Como se observa en la resaltada obra, Freud da lugar a la existencia del Inconsciente de los sujetos, adicionalmente, apertura la posibilidad de que el deseo sea concebido más allá del querer o del anhelo. En otros textos de la época, también aborda sobre otras formaciones del inconsciente, como son: los olvidos, los lapsus, el chiste, que no son otra cosa que manifestaciones de deseo inconsciente, tanto como los sueños y los síntomas.

Hasta este momento el sujeto del psicoanálisis es el sujeto de deseo que Freud descubrió en el inconsciente. Ahora, es pertinente mencionar sobre el trabajo que Lacan realiza al retornar a Freud, retoma el concepto de inconsciente y le devuelve su estatuto central en la teoría psicoanalítica.

En el texto de 1964 “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”, Lacan, aborda en primera instancia el concepto de inconsciente, por un lado, lo describe como “lo evasivo” o destaca sobre su “aparición evanescente” (Lacan, 1964, p.40), lo que da cuenta de que el material Inconsciente no es un sistema psíquico siempre presente en la

persona, contrariamente, tiende a escabullirse, se caracteriza por aparecer y desaparecer, abrirse y cerrarse, y es “algo que está en el orden de lo *no realizado*” [...] “algo que está a la espera, en el círculo, diría yo, de lo no nacido” (Lacan, 1964, p.30), es decir, no es algo previamente elaborado dispuesto a manifestarse, sino que se produce en el tropiezo y tiene la posibilidad de ser hallado o de perderse nuevamente.

“La discontinuidad es, pues, la forma esencial en que se nos aparece en primer lugar el inconsciente como fenómeno” (Lacan, 1964, p.33), se refiere a una discontinuidad en el proceso de condensación o desplazamiento, en otros términos, se puede entender al tropiezo como una fisura o falla en la cadena significativa, esto último, permite abordar el gran aporte de Lacan al decir que: “El inconsciente está estructurado como un lenguaje” (1964, p. 28), en este mismo texto, esclarece esta afirmación, en primer lugar habla sobre su esfuerzo por revalorizar el instrumento de la palabra, se sirve de la lingüística estructural de Ferdinand de Saussure, y dirá: “la naturaleza proporciona significantes – para llamarlos por su nombre- y estos significantes organizan de manera inaugural las relaciones humanas” (Lacan, 1964, p.28) incluso, antes de que se forme el sujeto, precede el lenguaje, pues algo ya es contado por otro sujeto, hasta que el nuevo ser logre reconocerse en él, en otras palabras, algo del lenguaje organiza las relaciones humanas y es esta misma estructura de la lingüística que estructura el inconsciente. También es importante mencionar que no hay pensamiento sin lenguaje, esto a propósito del *pienso luego soy*, Lacan (1966), dirá que el pensamiento funda al ser anudándose a la palabra.

A la estructura lingüística de Saussure, Lacan formula una modificación, otorgando primacía al significante por encima del significado y considera que la forma posible de que un significante adquiera un significado es articulándose a otro significante.

Es precisamente a través de la concepción de significante en Lacan que se puede realizar una aproximación al concepto de sujeto en su obra, “el significante es lo que

representa al sujeto para otro significante” (Lacan, 1964, p.3), se puede interpretar como que el sujeto es el efecto de la relación entre S1 y S2, es decir, el sujeto es esto que queda allí entre un significante y el otro significante, como se muestra en la figura 2:

Figura 2

Representación de Sujeto



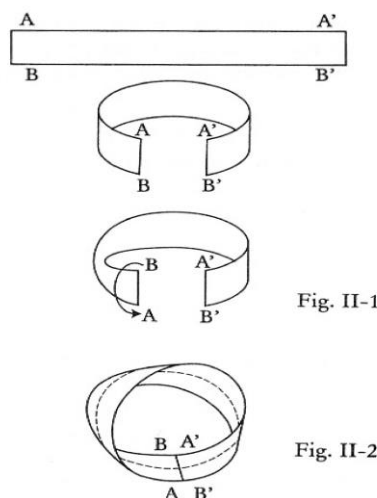
Nota: Adaptado de *La noción de lenguaje en Jacques Lacan: del signo lingüístico en Saussure al algoritmo saussureano en Lacan*, por F. Becerra, 2017, Revista Filosofía UIS. <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/408/4081879010/html/index.html>

Entre el S1 y S2 se produce un efecto de sentido, en el gráfico se observa una barra, ella es ese otro efecto del significante en el cual el significante no hace más que representar al sujeto.

Con lo planteado, en primer lugar, ya se puede dilucidar lo que no es un sujeto, “debe distinguírsele severamente tanto del individuo biológico como de toda evolución psicológica subsumible como sujeto de la comprensión” (Lacan, 1966, p.831), tampoco se trata del yo freudiano, ni del *je* de la gramática, pues no es un elemento más de la gramática sino un efecto, el sujeto se produce, es un efecto del significante. Esta lógica del unarismo y el binarismo significante es lo que está dividiendo al sujeto. En 1961 Lacan representará a este sujeto como pura división en la topología de la banda de Moebius:

Figura 3

Banda de Moebius



Nota: Adaptado de *Problemas cruciales para el psicoanálisis* (p.9), por J. Lacan, 1964, Versión Crítica.

Un cinturón común, es bilateral, es decir, se identifican dos lados y entre el uno y el otro no hay posibilidad de comunicación, pero si se realiza un corte y una media torsión, tenemos una figura unilateral. Este corte que permite la formación de la banda de Moebius es precisamente el sujeto dividido.

La topología de la banda de Moebius sirve para ilustrar que el sujeto, el sujeto del inconsciente, que es al mismo tiempo el sujeto de la ciencia en tanto sujeto dividido entre saber y verdad, es ese corte mismo.

Sobre la Salud mental

La psicopatología de los manuales diagnósticos (DSM-5 / CIE10), y las psicologías, en la actualidad se han posicionado como principal respuesta al malestar psíquico, la primera, clasificando las diversas sintomatologías de los sujetos en un conglomerado de patologías, y las segundas, apostando por eliminar el síntoma, el malestar y promover el bienestar en los sujetos.

Estas posturas son comprensibles, cuando tenemos los siguientes conceptos de salud y salud mental por parte de la Organización Mundial de la Salud:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad. (OMS, 2018)

A pesar de lo entusiasta de los conceptos, no dejan de resultar un tanto utópicos, principalmente al aparecer reiteradamente la palabra bienestar, ante esto surgen varias interrogantes, como: ¿existen sujetos verdaderamente saludables?, ¿es posible que los sujetos lleguen a un estado de completo bienestar?

Si se analizara con mayor detenimiento los citados conceptos, de seguro surgirían otras incongruencias e interrogantes, pero por el momento interesa la cuestión del bienestar, palabra que es definida por la Real Academia Española de tres formas:

1. m. Conjunto de las cosas necesarias para vivir bien.
2. m. Vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad.
3. m. Estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica. (RAE, 2021).

Al leer estos conceptos, se diría que salud mental es vivir bien, vivir holgado y abastecido, pasar bien y tranquilo, además, poseer un buen funcionamiento somático y psíquico. Pero ¿Es esto posible en la actualidad? se podría decir que encontrar un sujeto

completamente saludable desde esta perspectiva sería una imposibilidad en la actualidad, y seguramente en otras épocas también, si se toma en cuenta la constitución psíquica del sujeto desde una postura psicoanalítica.

Freud, en el texto *El malestar en la cultura*, plantea todo lo contrario al bienestar, habla sobre el malestar y el dolor de la existencia “la vida nos resulta demasiado pesada, nos depara excesivos sufrimientos, decepciones, empresas imposibles. Para soportarla no podemos pasarla sin lenitivos, no se puede prescindir de las muletas” (Freud, 1929, p.11).

Entre los primeros lenitivos que menciona es el pensamiento oceánico, religioso, el cual puede ser una alternativa colectiva para atenuar el sufrimiento de la existencia, es decir, impone a todos un camino único y da respuesta a la interrogante de la finalidad de la vida. Freud, se cuestiona sobre el propósito de la vida por fuera de la cuestión religiosa y concluye que los hombres aspiran la felicidad, por medio de dos maneras: experimentar intensas sensaciones de placer y evitar el dolor.

El principio de placer viene a realizar lo que en el sentido más estricto se llama felicidad, es decir la satisfacción casi inmediata de las necesidades acumuladas, sin embargo, nuestra propia constitución limita desde un principio nuestra facultad de felicidad y únicamente se nos proporciona sensaciones de “tibio bienestar”.

No ocurre lo mismo con el sufrimiento, pues es más sencillo sentirlo y nos amenaza por tres lados: El propio cuerpo, el mundo exterior y las relaciones con otros seres humanos. Es aquí donde se pone en juego el principio de realidad, en donde el ser humano puede estimarse feliz por haber evitado el sufrimiento, aun así, se haya relegado a segundo plano el principio de placer.

Es una condición particular el camino que cada ser humano elige para evitar el sufrimiento, pues no todo vale para todos y cada uno debe buscar su propia manera de lidiar con el malestar. Como se enunció anteriormente la religión es una de las tantas

maneras, como así también lo es el aislamiento, el amor, los desplazamientos, la sublimación o los narcóticos.

Sin embargo, cada “muleta” representa un peligro, por ejemplo, en el amor, el riesgo es la pérdida del objeto, en las drogas, la ruptura del lazo social. Es decir, a pesar de que psíquicamente cada sujeto realice su mejor intento por escapar del dolor, el sufrimiento también es parte de la vida.

En base al acercamiento realizado al citado texto de Freud, se identifica que el completo estado de bienestar que aspira la OMS para los sujetos no es posible, pues nuestra propia constitución psíquica es limitante y únicamente se nos proporciona sensaciones de un tibio bienestar como ya lo manifestó Freud. Sin embargo, la sociedad del consumo de la época actual intenta negar el malestar, el sufrimiento, la incompletud, e incluso intenta taponar la falta en ser constitutiva del sujeto.

En el texto *Estamos todos locos*, Laurent (2014) refiere que la preocupación por la salud mental es una cuestión de tiempos modernos, pues anteriormente no era de interés del amo la “salud” de la población, sino la suya propia, con el paso del tiempo, y el apoderamiento del discurso capitalista, la salud se convierte en un excelente negocio. Con respecto a los problemas de salud mental, no recientemente, se ha intentado proponer una solución desde los fármacos, que, si bien es cierto, han revolucionado positivamente el abordaje de los llamados trastornos mentales, pero no han logrado comprar el “completo bienestar” tan anhelado, por lo que el discurso actual propone el campo de las psicoterapias, las psicoterapias basadas en evidencia científica o incluso otro tipo de abordajes, como el coaching, u otras intervenciones que eliminen rápidamente el malestar de los sujetos.

Desde el año 2007 se han realizado cambios estructurales en el sector Salud, a favor de la constitución del 2008, de acuerdo con la cual la salud es un derecho fundamental que garantiza el estado y “se constituye en un eje estratégico para el desarrollo y el logro del Buen Vivir (MAIS, 2012, p.11). Entre las estrategias, se fortaleció al Ministerio de Salud Pública, que es la autoridad Sanitaria en el Ecuador y principalmente al primer nivel de atención, también se elaboró el manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS, con el objetivo de implementar El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FC, 2012), el cual refiere un enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e interculturalidad que pretende alejarse del enfoque biologista – curativo, centrado en la enfermedad y busca ubicar al usuario en el centro de la atención.

De acuerdo con este modelo, se organizan todos los servicios de salud en la actualidad, incluido lo relacionado a salud mental, por lo tanto, es pertinente realizar un breve acercamiento a su marco conceptual:

Tabla 2

Esquema sobre el Modelo de Atención Integral en Salud

Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FC)			
Toma el concepto de salud de la OMS y “se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales” (MAIS, 2012, p.40)			
DETERMINANTES DE LA SALUD	ENFOQUES DEL MAIS	COMPONENTES DEL MAIS	
Determinantes Conductuales	Atención Primaria de Salud Renovada	1. Componente de provisión de los	Atención por ciclo de vida.

(hábitos, costumbres, creencias, comportamientos)	APS-R (puerta de entrada al sistema de salud)	servicios	Modalidad de atención extramural e intramural. Equipo integral de salud. Promoción, prevención, curación, rehabilitación.
Determinantes ambientales	Epidemiología Comunitaria (se fundamenta en el uso de la palabra, de la escucha, del pensamiento, de la reflexión; habilidades humanas que, hasta donde se conoce, no han sido todavía superadas por ningún software (p.44)	2. Componente de organización	Niveles de atención: 1er nivel, 2do nivel, tercer nivel, cuarto nivel y atención prehospitalaria.
Determinantes biológicos (edad, género, nutrición, inmunidad, vigor)	Participación Social		Articulación territorial.
Determinantes sociales (relaciones familiares, situación financiera, comunidad)	Enfoque de Interculturalidad	3. Componente de gestión	Herramientas de diagnóstico y monitoreo (ASIS, Mapa parlante, sala situacional). Formación continua del talento humano. Sistema integrado de información y telecomunicaciones. Sistema de control de la calidad. Monitoreo, evaluación y supervisión integral (verificación)
	Integrar a la Salud Mental		
	Integrar la investigación		

	Cuidados paliativos	4. Componente de financiamiento	
--	---------------------	---------------------------------	--

Nota. Adaptado de *Modelo de Atención integral de Salud*, por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012.

Posterior a esta breve presentación sobre la estructura y organización de los servicios de salud, es pertinente analizar el primer nivel de atención considerando los lineamientos del expuesto modelo, puesto que la presente investigación centra su interés en este tipo de institución.

El primer nivel de atención, o mejor conocido como centros de salud, tiene como función fundamental ser la puerta de ingreso al sistema de salud y resolver el 80% de la demanda, únicamente un 20% de las personas atendidas será referida a los niveles de mayor complejidad, estos establecimientos están distribuidos a nivel nacional y tienen una población asignada de acuerdo con su territorio (MAIS, 2012). Cuenta con un equipo integral de profesionales; médico general, médico familiar, odontología, obstetricia y psicología. La modalidad de atención es principalmente extramural e intramural, la primera alude a aquellas actividades que se realizan fuera del consultorio, en la comunidad, como: talleres, visitas domiciliadas, entre otras, y la segunda, a las actividades dentro del establecimiento de salud, como: la atención directa a pacientes (MAIS, 2012).

Tabla 3

Porcentaje de atenciones intramurales y extramurales en los profesionales de la salud

Profesional	Unidades Urbanas	Unidades Rurales
-------------	------------------	------------------

	Intramural	Extramural	Intramural	Extramural
Médico	70%	30%	50%	50%
Psicólogo	50%	50%	30%	70%
Enfermera	50%	50%	40%	60%
Odontólogo	80%	20%	30%	70%
Obstetriz	80%	20%	30%	70%
TAPS	10%	90%	30%	90%

Nota. Adaptado de *Modelo de Atención integral de Salud* (p.115), por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012.

Los psicólogos forman parte del equipo interdisciplinario de los centros de salud, pues uno de los enfoques del modelo de atención, plantea la importancia de integrar a la Salud Mental en el sistema nacional, “incorporación de la Salud Mental Comunitaria en los planes de salud y la organización de los servicios, superando los Modelos: Curativo y Clínico Biológico que marcan aún el quehacer de los servicios psiquiátricos y de salud mental en el país ” (MAIS, 2012, p.47), en el mismo manual, se describe al modelo curativo como aquel que concibe al paciente como peligroso y se lo excluye de la sociedad y al modelo clínico biológico lo detallan como aquel que concibe a toda enfermedad mental como consecuencia de una base biológica, prescindiendo de otras etiologías.

Bajo este contexto, el modelo que proponen es comunitario, intrafamiliar e intercultural y pretende conseguir tres desplazamientos “a) del sujeto enfermo a la comunidad. b) del hospital a los Centros Comunitarios de Salud Mental y, c) Del Psiquiatra al Equipo de Salud Mental” (MAIS, 2012, p.47),

Con base en los lineamientos planteados por el mencionado modelo que sigue vigente hasta la presente fecha, se evidencia un trabajo a favor de los llamados servicios de salud mental en el Ecuador, como el *Modelo de atención de Salud*

Mental, en el Marco del Modelo de atención integral de Salud (MAIS)-con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (2014) y el Plan estratégico Nacional de Salud mental 2015-2017 en los que principalmente se observa un intento por fortalecer la salud mental en todos los niveles de atención, establecer el modelo de salud mental comunitario, promover la investigación y elaborar estrategias y lineamientos para la práctica clínica.

En la actualidad, se cuenta con más de 20 guías, protocolos o lineamientos elaborados por esta cartera de estado, enlistados algunos a continuación:

Tabla 4

Protocolos, guías y lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el ámbito de la Salud Mental

1. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. (2017)
2. Protocolo de atención en intoxicación aguda por opioides y síndrome de abstinencia. (2015)
3. Protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. (2016)
4. Lineamientos operativos para la atención a personas con intención y/o intentos suicidas en establecimientos del MSP. (2021)
5. Lineamientos operativos para la intervención a personas con trastorno de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el MSP. (2016)
6. Lineamientos operativos para el manejo del duelo, del MSP. (2015)
7. Lineamiento de unidades de intervención en crisis. (2018)
8. Lineamientos de unidades de salud mental hospitalaria. (2016)

9. Lineamientos operativos para la atención integral a personas con consumo problemático de alcohol, otras drogas y trastornos mentales graves. (2015)
10. Lineamientos Operativos para la implementación del programa terapéutico del centro especializado para el tratamiento del consumo problemático de alcohol y otras drogas. (2015)
11. Lineamientos Operativos para los psicólogos y Psiquiatras en los Tres Niveles de atención.
12. Lineamientos y Directrices para los responsables de salud mental y promoción de la salud por niveles de atención.
13. Manual Salud Mental en Emergencia y Desastres. (2016)
14. Modelo de atención integral ambulatoria intensiva para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud del primer nivel del MSP. (2017)
15. Manual de prevención del suicidio para cuidadores comunitarios. (2019)
16. Modelo de atención integral residencial adolescentes- Casas de Acogida y Tratamiento MIES - MSP. (2015)
17. Guía de práctica clínica de cuidados paliativos.
18. Guía de práctica clínica para Trastornos del espectro autista en niños y adolescentes. (2017)
19. Lineamientos operativos para la disponibilidad de medicamentos y adquisición del recetario especial, para la atención integral a personas con TMG y consumo.
20. Lineamientos operativos a fin de favorecer el acceso a medicamentos y dispositivos médicos para la atención integral a personas con TMG y consumo.
21. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). Guía de intervención mhGAP para trastornos mentales y por el uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ecuador.

Nota. Protocolos, lineamientos y Guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública.

Al revisar las citadas normativas, se identifica que algunas de ellas cuentan con un amplio equipo de autores, colaboradores y revisores, pertenecientes a varias profesiones como: médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeras, bioquímicas farmacéuticas, entre otros. Por otro lado, también se identifica otros documentos con un escaso equipo de autores y revisores, o incluso en los que no se registra esta información. Por ejemplo, en la guía de práctica clínica *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos* (2017), constan alrededor de 32 profesionales participantes y en la Guía para *Trastornos del espectro autista en niños y adolescentes* (2017) alrededor de 95 profesionales, pertenecientes a diferentes áreas e instituciones de todo el país. Sin embargo, es importante observar que en las dos citadas guías constan pocos o ningún psicólogo entre los autores. También se identifica la importancia de los diagnósticos psicopatológicos, especialmente de la clasificación internacional de enfermedades CIE-10 y del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV y DSM-5.

Con respecto al tratamiento clínico, lidera la terapia cognitivo conductual, en algunas guías también se menciona a la terapia humanista, enfoque sistémico y la terapia psicodinámica, sobre esta última, en la guía de depresión la denominan como *débil a favor*:

Tabla 5

Psicoterapias Recomendadas en la depresión leve de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica del Trastorno Depresivo del MSP

Fuerza	Recomendaciones para la psicoterapia en la depresión leve
Fuerte a favor	Para pacientes adultos con depresión leve, se deben realizar intervenciones psicoterapéuticas de menor intensidad (psicoeducación) como primera opción.
B	En la depresión leve-moderada, se recomienda considerar un tratamiento psicológico breve (como terapia cognitivo conductual o la terapia de solución de problemas), de seis a ocho sesiones durante 10-12 semanas.
Débil a favor	La terapia psicodinámica de corto plazo se considera para todas las personas con depresión leve a moderada, con una duración entre 16-20 sesiones en 4-6 meses.

Nota. Adaptado de *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente* (p.33), por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017.

Como se observa en el presente gráfico, el tratamiento recomendado en primera línea para la depresión leve es la psicoeducación, a la cual denominan intervención psicoterapéutica de menor intensidad y a la terapia cognitivo conductual para la depresión leve-moderada. Consideran como otra opción, a la terapia psicodinámica, pero es nombrada como débil a favor, con el objetivo de comprender esta calificación, se recoge la concepción que presenta el mismo documento sobre este tipo de terapia:

Tabla 6

Definición de Psicoterapia Psicodinámica de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica del Trastorno Depresivo

Tipo de terapia	Características
Psicoterapia psicodinámica	Se define como una intervención psicológica derivada de un modelo psicodinámico/psicoanalítico, y donde el terapeuta y el paciente exploran y trabajan sobre los conflictos y sobre cómo estos se hallan representados en las situaciones actuales y en las relaciones, incluida la relación terapéutica. Esto genera una oportunidad para que los pacientes exploren sus sentimientos y sus conflictos, conscientes e inconscientes, que se originan en el pasado, mediante un enfoque técnico en la interpretación y el trabajo a través de los conflictos.

Nota. Adaptado de *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente* (p.88), por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017.

Tabla 7*Impacto de la Terapia Psicodinámica Breve*

Terapia psicodinámica breve
La terapia psicodinámica breve es menos eficaz que los fármacos antidepresivos en reducir las puntuaciones de escalas de depresión heteroaplicadas al final del tratamiento [2].
En pacientes con depresión menor o distimia, añadir terapia psicodinámica al tratamiento antidepresivo reduce significativamente las puntuaciones de escalas de depresión heteroaplicadas a los 24 y 48 meses de seguimiento, en comparación con solo tratamiento farmacológico [2].

Nota. Adaptado de *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente* (p.87), por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017.

A pesar de que la mención es muy breve, frívola y la presentan como menos eficaz ante otras psicoterapias, es importante resaltar la presencia de una psicoterapia con base psicoanalítica en este tipo de manuales.

Por otro lado, en la guía de autismo, el psicoanálisis es indicado como una de las terapias más aplicadas, y destacan su alto rango de aplicación no solo en este tipo de casos, sino en otras psicopatologías:

Tabla 8*Intervenciones recomendadas en el Trastorno del Espectro Autista*

Metodologías para la rehabilitación de los TEA	
Terapias más aplicadas	Terapias menos aplicadas
Terapia ABA.	Comunicación facilitada.
Tratamientos basados en el desarrollo (Más que palabras, Terapia ambiental, Programa del Centro Escocés).	Kinesiología aplicada.
Tratamientos o programas integrales (TEACCH, SCERTS, PECS, Terapia cognitive - conductual).	
Modelo de inicio precoz de Denver.	

Otros tratamientos (Terapia neuropsicomotora, LEGO®, Integración sensorial, integración auditiva, arte terapia, terapias asistidas con animales).
Psicoanálisis.
Terapias de eventual aplicación
Dietas sin gluten ni caseína, inmunoglobulinas, vitaminas–suplementos y células madre.

Nota. Adaptado de *Trastorno del espectro autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento* (p.35), por Ministerio de Salud

Pública del Ecuador, 2017.

Tabla 9

La Terapia Psicoanalítica en el Trastorno del Espectro Autista

Psicoanálisis
La terapia psicoanalítica tiene un amplio rango de aplicación para problemas emocionales y psicológicos: TEA, Déficit de atención e hiperactividad (TDA y TDAH), ansiedad, soledad, estrés, traumas, depresión, trastorno bipolar, baja autoestima, desórdenes alimenticios, traumas de la infancia, trastornos obsesivo–compulsivos, fobias, crisis de ansiedad, psicosis, etc.

Nota. Adaptado de *Trastorno del espectro autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento* (p.69), por Ministerio de Salud

Pública del Ecuador, 2017.

La documentación revisada es normativa especialmente para los profesionales que trabajan en el ministerio de salud pública, institución en la que existe un sistema de control de calidad y se realizan monitoreos, evaluaciones y supervisiones constantes. Por tal motivo, es pertinente e indispensable el registro de la información, para las actividades extramurales (talleres, conversatorios, entre otros) el principal verificable es el registro fotográfico. Para la atención de pacientes existe un sistema de historia clínica, documento legal que siempre debe ser llenado y se registra el motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes, diagnóstico de acuerdo al CIE-10, plan

terapéutico, tratamiento y evolución; a través de este medio se conoce la producción (número de pacientes atendidos) de cada profesional, y en cualquier momento la información ingresada también es susceptible de auditoría.

Hasta este momento se ha realizado una breve indagación de cómo se han organizado los llamados servicios de salud mental en el ámbito público ecuatoriano desde el año 2008 hasta la presente fecha, sin embargo, el 05 de enero del 2024 se publica en registro oficial la Ley orgánica de Salud Mental, sus artículos reflejan la influencia de la normativa revisada anteriormente, debido a que también tiene como base la constitución del 2008 y al Modelo de Atención Integral de Salud. No obstante, la actual ley ya no regla únicamente la práctica pública, sino, todos los servicios públicos y privados a nivel nacional. Otras novedades, es la insistencia en varias páginas sobre el uso de tratamientos basados en la mejor evidencia científica, aunque se continúa apostando por el uso de guías y protocolos clínicos que prioricen el modelo de atención comunitaria, también se define el perfil de los profesionales de la salud mental a los médicos psiquiatras y a los psicólogos que cuenten con prácticas preprofesionales de atención a pacientes, aunque también se incluye a los médicos del primer nivel de atención, quienes deben basar su práctica en los protocolos determinados por la autoridad sanitaria, se observa que se comienza a dar reconocimiento a los protocolos de atención que anteriormente eran principal cuestión de la práctica clínica de lo público.

Otro punto importante de esta ley, es la clasificación de las faltas en las que pueden incurrir los profesionales y sus sanciones, por ejemplo, una falta leve es la discriminación, ante esto surge la interrogante de que sucede con los profesionales que únicamente atienden un tipo de población, o se abstienen de atender ciertos casos y deciden referirlos a colegas, ¿es posible algún tipo de sanción si ante la mirada

subjetiva de algún paciente esto es concebido como discriminación?, otra interrogante, es sobre la información que debe recibir un paciente y si será motivo de sanción el no asignar e informar un diagnóstico, sin embargo, estos serán temas pertinentes para profundizarlos en una próxima investigación.

A continuación, a manera de resumen un breve esquema que presenta a la reciente ley aprobada:

Tabla 10

Ley Orgánica de Salud Mental

Ley Orgánica de Salud Mental	
Capítulo I Normas generales	Consta de seis artículos. Se identifica que la presente ley es el marco legal que regula y garantiza el derecho a la salud de todas las personas en todo su ciclo de vida, tiene como base un modelo integral y comunitario, tiene los mismo principios y enfoques del MAIS. Con la diferencia de que su aplicación es obligatoria para la institución pública y privada.
Capítulo II Derechos de las personas con relación a la salud mental y deberes del Estado	Sección I / Derechos de las personas con relación a la salud mental: Cuenta con nueve artículos (Art 7 al Art 15). Se menciona el énfasis de la atención a los grupos prioritarios principalmente a los niños, niñas y adolescentes (de la misma manera que en el MAIS). Se resalta la importancia del consentimiento informado, la autonomía y voluntariedad de recibir atenciones. Con respecto a los derechos en salud mental plantea: Gratuidad de los servicios, recibir promoción y prevención en salud mental y tratamientos con la mejor evidencia científica. Finalmente, derecho a recibir información sobre su diagnóstico y tratamiento. Sección II / Deberes del Estado: Abarca el Art 16 en el cual habla sobre la creación de política pública, garantizar servicios basados en la mejor evidencia científica, desarrollar articulación intersectorial, promover la participación social, y capacitación continua en salud mental (similar al MAIS).
Capítulo III Del marco institucional para la atención en salud mental	Del Art 17 al Art 26. Se menciona la competencia de la Autoridad Sanitaria de aplicar, controlar y vigilar el cumplimiento de la ley en el ámbito público y privado. También se resalta la importancia de la formación de peritos expertos en el área de salud mental quienes serán los únicos autorizados para emitir informes legales solicitados por el consejo de la judicatura,
Capítulo IV De la atención	Del Art 27 al Art 35. Sección I: Se reconoce como problemas de salud pública a algunos trastornos mentales, como:

integral y procedimientos en salud mental	Trastorno del estado de ánimo, ideación suicida, Trastornos mentales y del comportamiento por el consumo de sustancias, entre otras. Brindar atención integral considerando la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos (similar al MAIS). Equipos interdisciplinarios de la salud mental de acuerdo con el nivel de atención. Importancia de incluir a la recuperación en el plan terapéutico. Del Art 36 al Art 44. Sección II: En el Art 36 se menciona que toda atención en salud mental se realizará en cumplimiento de las regulaciones emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional y con base en las guías y protocolos nacionales e internacionales. Sobre las referencias, derivaciones, internamientos van acorde con la normativa ya vigente en el sistema de salud público.
Capítulo V De los profesionales de la salud mental	Del Art 44 al Art 49. Se considera como profesional de salud mental a los médicos psiquiatras y a los psicólogos que cuenten con prácticas preprofesionales de atención directa a pacientes, también pueden ser parte de los equipos de salud mental los médicos en el primer nivel de atención y los médicos con especialización en neurología, medicina interna, medicina familiar y emergencia.
Capítulo VI De los establecimientos y servicios de salud mental	Del Art 50 al Art 54. Se dispone que todos los establecimiento de salud mental del Sistema Nacional de salud deben implementar un sistema de gestión de la calidad de los servicios (similar al MAIS). Los permisos de funcionamiento para los establecimientos de salud mental tendrán una vigencia de dos años y será renovable. Finalmente se enlista las obligaciones de los establecimientos prestadores de salud mental.
Capítulo VII De la protección especial para las personas que sufran trastornos mentales	Del Art 55 al Art 57. Con respecto a las personas con trastornos mentales en situaciones de abandono se dispone la búsqueda de familiares y en casos excepcionales traslado a hogares protegidos o centros de atención del estado. También se menciona sobre la importancia de la inclusión social y laboral.
Capítulo VIII De la vigilancia, competencia y régimen sancionatorio.	Del Art 58 al Art 74. En este capítulo se presentan las medidas preventivas y de protección, sanción de faltas leves, graves y muy graves, faltas administrativas, sanciones, atenuantes, agravantes, reincidencia y concurrencia de los establecimientos que incidieran en la afectación de la salud mental de la población.

Nota. Adaptado de *Ley orgánica de Salud Mental*, por Asamblea Nacional, 2024.

En el resumen presentado, se identifica la incidencia de la política pública precedente a esta ley, principalmente del Modelo de Atención Integral en Salud MAIS. En la socialización de la Ley Orgánica de Salud Mental que se llevó a cabo en la Asamblea Nacional el martes 16 de abril del 2024, la representante de la autoridad

sanitaria refiriéndose al artículo 36, manifestó que ya se cuenta con 35 documentos normativos, nombrando a los protocolos y guías revisados en la presente investigación.

5. Marco metodológico:

La presente investigación está fundamentada en el enfoque cualitativo y es un tipo de estudio teórico descriptivo.

El procedimiento que se llevó a cabo es en primera instancia una investigación bibliográfica de la concepción de sujeto desde el psicoanálisis y una revisión de los modelos y guías en los cuales se basa el funcionamiento de las instituciones de salud del primer nivel de atención, con el objetivo de pensar el lugar del sujeto en este tipo de institución y analizar las posibles intervenciones desde el psicoanálisis en los centros de salud.

La principal consideración ética de este estudio es la concordancia con la Normativa ética de la Asociación Americana de Psicología APA; y por tanto estas consideraciones estuvieron presentes en toda la investigación, en lo que respecta a derechos de autor.

6. Resultados

En la teoría psicoanalítica, existe un recorrido sobre el concepto de sujeto, a pesar de que Freud no lo aborda, al revolucionar con el descubrimiento de inconsciente muestra que existe una instancia psíquica en las personas que va más allá del yo consciente, utilizando el ejemplo de un iceberg, la consciencia, es aquella pequeña punta fácilmente observable, no obstante, más allá de lo evidente se encuentra el Inconsciente, que para emerger a la superficie se vale de diferentes estrategias.

Posteriormente, es Lacan quien construye el concepto de sujeto a lo largo de su obra, en resumidas cuentas, lo distancia del yo consciente, de la persona, del individuo, y lo concibe como un efecto de la cadena significante, pues para él, el sujeto del inconsciente es el sujeto de la enunciación.

Ahora, tomando en consideración el sujeto que nos interesa en esta investigación, es pertinente analizar si el mismo, tiene lugar en una institución del primer nivel de atención, de la que ya se conoce sus lineamientos. En el manual del modelo de atención previamente revisado y que organiza los servicios de salud mental de los centros de salud, se encuentran 27 referencias a la palabra sujeto, a pesar de la mención, se utiliza el término para referirse al paciente, al usuario de los servicios de salud, y principalmente se toma en consideración al “sujeto de derechos” (MAIS, 2012, p.58), o incluso, a “los sujetos clasificados” (MAIS, 2012, p.73), esta última designación da pie para analizar el uso de los manuales de clasificación diagnóstica en base a los cuales se da una denominación a cada sujeto atendido en el espacio de consulta. Para la autoridad sanitaria, el diagnóstico es una cuestión indispensable principalmente para elaborar perfiles epidemiológicos, “El objetivo es, hoy, clasificar a todos los sujetos de esta posmodernidad encerrándolos en los cajones del espacio taxonómico regenteado por la ciencia médica” (Braunstein, 2013, p. 25), más aún en instituciones lideradas por profesionales de las llamadas ciencias duras, para quienes es complejo mirar más allá de los datos observables. Braunstein (2013), incluso realiza una comparación entre la clasificación de enfermedades y la Neolengua que Orwell (1949) propone en su novela 1984, para dar a entender que las clasificaciones son la forma de comunicación entre el personal médico; si continuamos con esta referencia de Neolengua, se podría añadir que las patologías psiquiátricas son las nuevas formas de definir a los sujetos y una amenaza a la desaparición de su palabra.

Incluso, cada vez más se encuentran pacientes que demandan conocer su diagnóstico, ante lo cual es necesario preguntarse sobre la función del significante diagnóstico en cada caso.

Como ya se ha analizado hasta este punto, al sujeto que se toma en cuenta es al sujeto consciente, y las guías de práctica clínica son documentos que definen formas de actuación de los profesionales de la salud ante las diferentes psicopatologías, incluso varios documentos contienen algoritmos de actuación ante diferentes posibilidades, lo que da cuenta de que la práctica clínica está basada en enunciados. Entendiéndose por enunciado a aquellos pedazos de lenguaje, que taponan el decir del paciente y surge cuando la enunciación pierde relación con la significancia. Por otro lado, se entiende por enunciación a la posición particular del sujeto en el discurso.

Thibierge (2022), realiza una interesante representación de enunciado y enunciación, como se observa en la figura 4, compara al enunciado con un círculo cerrado, en el cual no hay espacio para la palabra del sujeto, y un círculo con una abertura, para referirse a la enunciación, el cual da lugar al decir, y no el simple parloteo, sino a lo que el sujeto tiene que decir sobre el saber de su inconsciente.

Figura 4

Enunciado y Enunciación



Nota: Adaptado del seminario *Psicopatología y Clínica*, por S. Thibierge, 2022,

Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Si se utiliza este ejemplo, se puede decir que la dinámica de la institución pública es cómo un círculo cerrado, el cual está lleno de lineamiento preestablecidos para todos los sujetos, de guías de práctica clínica que promueven como principal modo de intervención a las psicoterapias con mejor evidencia científica, entre las cuales apuntan al reforzamiento del yo, coartando también el lugar del sujeto de la enunciación.

Los tratamientos con la mejor evidencia científica, es la disposición que incluso en la nueva ley de salud mental se menciona reiteradamente, la evidencia es definida por el diccionario de la RAE como la “certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar” (2021), y científica tiene que ver con el método científico el cual se trata de someter una pregunta o hipótesis a comprobación, mediante la experimentación, observación, medición, etc., sin embargo, lo científico también es falseable, por lo tanto, se puede tratar de una incongruencia la unión de estos dos términos. En fin, al analizar en la guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos (2017), el tratamiento con mayor evidencia científica es la terapia cognitiva conductual y basan esta afirmación evaluando el tratamiento aplicado mediante la medición de escalas de depresión (Inventario de Depresión de Beck) en un período de tiempo, es decir, la efectividad depende de la reducción de síntomas.

De la mano con la evidencia científica, es indispensable para la política pública de salud mental, el monitoreo y la evaluación, por lo que para toda actividad debe haber un verificable, en el caso de la atención a pacientes la historia clínica es el instrumento para supervisar por parte de la autoridad sanitaria. La historia clínica también permite medir la producción, en otras palabras, el sujeto pasa a ser un número, un número que se contabiliza para poder evaluar la productividad del

profesional que brindó la atención. En las actividades de promoción de la salud, como en el caso de un taller, este debe ser fotografiado para ser reportado, esto es un ejemplo claro de a lo que Wajcman se refiere en su libro *El ojo absoluto* “Hay ahora una exigencia de visibilidad. Que se hace ley (...) El discurso de la ciencia es una enorme máquina de ver” (2011, p.17), pues lo que no puede ser visto, o demostrado ante el ojo de quién evalúa, no existe.

Con este contexto, se podría decir que no hay la posibilidad de que un psicólogo con orientación psicoanalítica trabaje en una institución pública del primer nivel de atención, y por lo tanto, que no haya un lugar para el sujeto del psicoanálisis. No obstante, es importante mencionar que el encuentro psicólogo – paciente es un encuentro único y mucho dependerá de la posición del analista, quién deberá ser un defensor de la singularidad, y así hacerle un lugar al sujeto. “El espacio analítico. Se construye en la historia, a partir de una narración” (Braunstein, 2011, p.54), con esto se resalta la importancia de permitir un espacio para la palabra del sujeto y dejar operar la regla fundamental de la asociación libre del paciente y la atención flotante del clínico.

“El saber del analista. No es un saber decir; es un saber escuchar. No dirá la verdad, hará que ella se manifieste en el decir del analizante” (Braunstein, 2011, p.54). El clínico, deberá ir más allá de los enunciados de las guías de práctica clínica, de los manuales diagnósticos y brindar una escucha diferente, en otras palabras, en este encuentro se debería intentar dejar a la institución y su normativa del otro lado de la puerta y así brindar oído al decir del sujeto.

El profesional que ejerce su práctica desde el psicoanálisis deberá conocer muy bien el funcionamiento de la institución pública, para así cumplir con las exigencias, en su mayoría administrativas, y servirse de esto en su práctica clínica. Cabe recalcar que la dinámica institucional identificada desubjetiviza a los pacientes y quizá esto es necesario para que la misma cumpla con sus objetivos organizativos y administrativos, sin embargo, en el ámbito clínico es necesario trabajar en el caso por caso, devolviendo al paciente su lugar de sujeto. Por lo menos, desde un punto de vista psicoanalítico existe un inconsciente que gobierna a los sujetos, que los hace tropezar y repetir incansablemente, y que demanda constantemente ser escuchado entre líneas, el síntoma dice mucho sobre el sujeto y la verdad de su inconsciente. La clínica del psicoanálisis no tiene como objetivo principal la eliminación de síntomas, incluso reconoce que hay síntomas necesarios que sostienen a los pacientes en determinado momento, sin embargo, al abordar al sujeto, su discurso y su historia, la posición subjetiva sobre sí mismo va cambiando, lo cual incidirá en su malestar y por ende en la disminución de síntomas. Por lo tanto, es una práctica válida, que a pesar de recibir la crítica de que sus procesos son más largos que las intervenciones de otras terapéuticas, sus efectos pueden ser sostenidos en el tiempo, es decir, a largo plazo.

Incluir a la práctica psicoanalítica en la política pública, pretender que sea considerada como intervención de primera línea, o que sea nombrada en la nueva ley de salud mental quizás es una tarea complicada en el futuro cercano, considerando los inicios y la historia del psicoanálisis, de lo cual realiza un acercamiento Roudinesco (2000) en su texto *¿Por qué el Psicoanálisis?* Al mencionar el rechazo que tuvo el mismo desde sus inicios y a pesar de ser parte fundamental de la historia de la psiquiatría y psicología ha atravesado por exclusiones, esto es comprensible al considerar que se ocupa de temas de los cuales la sociedad prefiere no saber:

inconsciente, sexualidad y muerte. No obstante, el psicoanálisis se ha sostenido a lo largo del tiempo y a pesar de sus dificultades se ha hecho un lugar, en unos países más que en otros, en el Ecuador tiene presencia en la academia, en las diferentes escuelas de formación y en la práctica privada, sin embargo, los profesionales con interés en esta clínica deberán seguir vinculándose en los diferentes espacios y con otros discursos, con respecto a la política pública y la nueva ley de salud mental habrá que preguntarse qué vínculos se pueden encontrar entre psicoanálisis y comunidad, siendo esta última la principal propuesta e intervención de esta ley. Otro enfoque de la política pública de salud mental es el trabajo en la promoción y prevención, intervenciones que le interesan al estado por la reducción del gasto público y considerando que el psicoanálisis puede tener efectos en la salud de los pacientes sostenibles a largo plazo, posiblemente ese sería el camino para iniciar un diálogo.

En el primer nivel de atención no se trabaja en la creación de política pública, únicamente se acata lo ya escrito, en la actualidad, de acuerdo con la normativa revisada la intervención clínica con un enfoque psicoanalítico no es prohibitiva y de alguna manera es considerada. Es pertinente resaltar la importancia de que haya un espacio para la palabra del sujeto que vaya más allá de la normativa, la epidemiología y la producción de los profesionales. Si bien es cierto, la dinámica institucional complejiza su aplicación, sin embargo, esta complicación es para todas las clínicas, como la dificultad de agendar un turno, la fluctuación de profesionales, entre otras.

También se puede cuestionar sobre los tiempos de espera, lo difícil de realizar un seguimiento y la gratuidad de la atención. El “principio del pago de la sesión permite al analista desmarcarse de toda posición de tipo asistencial” (Cosenza, 2008, p.41), ante esto, ¿qué se puede hacer con respecto al pago en la institución pública, cuando existe un principio de gratuidad?, es complejo, sin embargo, puede interpretarse que

los sujetos pagan con tiempo, el encuentro en cada sesión, es decir, existe un trabajo por su parte para obtener una cita, ya sea realizando filas o buscando reiteradamente disponibilidad en el sistema de *call center*, sin tomar en cuenta el trabajo realizado en cada sesión, sin embargo, el pago simbólico será una cuestión del caso por caso en cada encuentro.

Para finalizar, es importante recalcar que cada caso y cada encuentro, es muy particular, por lo tanto, no se puede afirmar que siempre o que nunca es posible realizar una práctica psicoanalítica en una institución de salud pública.

7. Discusión

Al decir, institución y psicoanálisis, parece que se trata de dos caminos paralelos entre los cuales es imposible un punto de encuentro, sin embargo, posterior a la indagación y análisis realizado se puede decir que si hay una posibilidad para intervenir desde el psicoanálisis en una institución del primer nivel de atención perteneciente a lo público, y así construir un lugar al sujeto del psicoanálisis, sin embargo, para llevarlo a cabo, el clínico deberá transitar un camino espinado, pues tampoco deberá desentenderse de las exigencias de la institución. Hasta el año 2023, el modelo de atención integral en salud y los diversos lineamientos eran normativas de la práctica en el ámbito público, no obstante, desde enero del 2024, con la ley orgánica de Salud Mental, estos lineamientos trascienden el ámbito de lo público para normativizar la práctica clínica pública y privada a nivel país.

Bajo este contexto, es oportuno preguntarse ¿cuál es la posición de los clínicos con formación o interés en el psicoanálisis frente a la situación actual? Es posible responder con la indiferencia, o contrariamente, continuar haciendo ruido, hasta

hacerse un lugar y sumar su aporte a la política pública de salud mental como aquella práctica que también se ocupa del malestar de los sujetos.

8. Conclusiones

Para construir esta investigación, y pensar sobre el lugar del sujeto en una institución del primer nivel de atención en el ámbito público y posteriormente identificar las posibles intervenciones psicoanalíticas en este contexto, se realizó un acercamiento al concepto de sujeto y también una indagación sobre la política de salud mental vigente en el Ecuador.

Para responder a la primera parte de la pregunta de investigación, es importante aclarar que el sujeto al que se hizo mención es el sujeto del psicoanálisis, el cual nace con el aporte copernicano de Freud al descubrir el inconsistente, a pesar de que él no desarrolló el concepto propiamente dicho, identificó la existencia de un material que trascendía la instancia consciente y del cual se podía saber a través de ciertas formaciones del inconsistente como son los olvidos, los sueños, lapsus, entre otros, con este antecedente, Lacan, psicoanalista también, realiza un retorno a la obra de Freud y le devuelve su estatuto al inconsciente como uno de los conceptos fundamentales del psicoanálisis, no obstante, se diferencia de Freud al pensar que el inconsciente no es un material siempre presente en una instancia psíquica más lejana a la consciencia, por el contrario, este se produce en el equívoco y se caracteriza por ser evanescente, además dirá que está estructurado como un lenguaje, con esto construye su aporte de la importancia del significante y así nos acercamos al concepto que aportó Lacan sobre sujeto “el significante es lo que representa al sujeto para otro significante” (Lacan, 1964, p.3) para concluir que el sujeto del inconsciente es una producción de la cadena significante, muy distinto del yo consciente, el individuo, el

ser humano o el usuario. Una vez realizada esta aclaración y analizando la dinámica institucional del primer nivel de atención, la conclusión apresurada a la que se puede llegar es que no existe un lugar para el sujeto del psicoanálisis en una institución como esta, la cual se caracteriza por tener una normativa y guías de práctica clínica en las que no se considera las diferencias y tiene respuestas generales para todos los sujetos, en otras palabras, la institución es como un círculo cerrado y lleno de enunciados en donde no queda un espacio vacío para la palabra de los sujetos. Esta sería la conclusión más breve, sin embargo, se puede hacer una apuesta por la posición del clínico quién en el espacio analítico tiene la opción de ir más allá de los enunciados de las normativas y hacerle un lugar al sujeto, para esto no se debe responder a las demandas de los pacientes únicamente con los escritos de los lineamientos, sino saber escuchar la particularidad del caso por caso, situación necesaria en la clínica psicoanalítica.

Con respecto a la segunda parte de la pregunta de investigación, sobre las posibles intervenciones psicoanalíticas en el primer nivel de atención, se concluye que este tipo de práctica es poco considerada en la normativa pública, el tratamiento denominado de primera elección es la terapia cognitivo conductual, no obstante, tampoco es prohibitiva su práctica y en algunas guías sí nombran al psicoanálisis o a la psicoterapia psicodinámica, por lo que desde el punto de vista normativo hay una salida que justifique su ejercicio. Por otro lado, considerando la dinámica institucional, con todos sus lineamientos a cumplir, la obligatoriedad del uso de los manuales de clasificación para asignar un diagnóstico a todo paciente, y lo cual también es un medio para calcular la producción diaria y mensual de los profesionales, se podría decir que el ejercicio del psicoanálisis no es posible en este tipo de institución, en la que existe una tendencia a la desobjetivización de los

pacientes, sin embargo, ya se discutió que en el espacio de encuentro entre psicólogo – paciente se debe ir más allá de los enunciados de la normativa, si bien es cierto, no será un psicoanálisis de Diván, pero sí se puede permitir operar la regla fundamental de la asociación libre del paciente y la atención flotante del clínico que permitirá un espacio a la palabra del sujeto del inconsciente. Ya lo dijo Roudinesco, que la clínica psicoanalítica ha cambiado y a diferencia de épocas pasadas los terapeutas jóvenes ejercen en su mayoría en instituciones, para lo cual la práctica también debe ser repensada “los jóvenes terapeutas ya no se dedican exclusivamente al psicoanálisis y tienden a sustituir el dispositivo clásico por una situación analítica cara a cara, que tiene la apariencia a una psicoterapia” (2000, p.129)

No obstante, es importante recalcar que cada caso y cada encuentro, es muy particular, por lo tanto, no se puede afirmar que siempre o que nunca es posible realizar una práctica psicoanalítica en el primer nivel de atención.

A manera de cierre, es importante resaltar que se observa un trabajo por parte de la autoridad sanitaria por elaborar una política y lineamientos en temas de salud mental, que conlleva un recorrido de aproximadamente 15 años, y la Ley orgánica de Salud Mental emitida en el mes de enero del 2024, es el resultado de ese trabajo, pues claramente se evidencia la influencia del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural que ya desde hace varios años es el modelo sobre el cual se organizan los servicios de salud, es relevante el trabajo realizado, tomando en cuenta que la llamada salud mental es relativamente nueva en el país. A pesar de que la ley puede ser discutible y mejorable, es una base, que debería ser el inicio para próximas investigaciones y nuevos aportes que permitan movilizar esta normativa, considerando que la misma regulará las atenciones no solo en el ámbito público si no también privado.

Al decir psicoanálisis y política pública de salud mental pareciera que se habla de dos posturas paralelas y contrapuestas entre sí, en donde la una ignora a la otra y viceversa, aun así, no es posible desentenderse de la nueva ley vigente y tampoco negar los enriquecedores aportes que el psicoanálisis podría aportar a la misma.

9. Referencias y bibliografía

- Asamblea Nacional. (2024). *Ley orgánica de Salud Mental*.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --.). Editorial Médica Panamericana.
- Becerra, F. (2017). La noción de lenguaje en Jacques Lacan: del signo lingüístico en Saussure al algoritmo saussureano en Lacan, *Revista Filosofía UIS*.
<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/408/4081879010/html/index.html>
- Braunstein, N. (2013). *Clasificar en Psiquiatría*. Siglo XXI Editores.
- Braunstein, N. (2011). *Por el camino de Freud. Aforismos sobre la transferencia*. Siglo XXI editores, S.A. de C.V.
- Cancina, P. (2008). *La investigación en psicoanálisis*. Homo Sapiens.
- Chemama, R. (1996). *Diccionario del psicoanálisis*. Amorrortu editores.
- Cosenza, D. (2008). *Jacques Lacan y el problema de la técnica en psicoanálisis*. Gredos S.A.
- Descartes, R. (1641). *Meditaciones metafísicas*. Escuela de Filosofía Universidad ARCIS.
<https://bloqs.xtec.cat/filocostaillobera/files/2009/03/Descartes-Meditaciones-metaf%C3%ADsicas.pdf>
- Freud, S. (1991). *18 conferencia. La fijación al trauma, lo inconsciente*. (J.L. Etcheverry). En Obras completas (Vol.XVI). Amorrortu Editores. (Obra original en 1917).
- Freud, S. (1992). *Proyecto de una psicología para neurólogos*. (J.L. Etcheverry). En Obras completas (Vol.I). Amorrortu Editores. (Obra original en 1895/1950).

- Freud, S. (1992). *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas*. (J.L. Etcheverry). En Obras completas (Vol.I). Amorrortu Editores. (Obra original en 1893).
- Freud, S. (1991). *Estudios sobre la Histeria, Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos*. (J.L.Etcheverry). En Obras completas (Vol. II). Amorrortu Editores. (Obra original en 1893)
- Freud, S. (1992). *La carta 52*. (J.L. Etcheverry). En Obras completas (Vol. I). Amorrortu Editores. (Obra original en 1896)
- Freud, S. (2007). *La interpretación de los sueños*. (J.L. Etcheverry). En Obras completas (Vol. V). Amorrortu Editores. (Obra original en 1900)
- Freud, S. (1992). *El malestar en la cultura*. (J.L. Etcheverry). En Obras completas (Vol. XXI). Amorrortu Editores. (Obra original en 1930)
- Lacan, J. (1964). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. En Seminario 11. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964). *Problemas cruciales para el psicoanálisis*. Clase 2 de diciembre de 1964. En Seminario 12. Versión Crítica.
- Lacan, J. (2009). *La Ciencia y la verdad*. (T. Segovia). En Escritos 1. Siglo XXI editores. (Obra original en 1966)
- Laurent, E. (2014). *Estamos todos locos*. Greidos.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Modelo de Atención integral de Salud*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Modelo de atención en Salud Mental, en el marco del modelo de atención integral de salud (MAIS)*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrentes*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Trastorno del espectro autista en niños y*

adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). *Lineamientos operativos para la atención a personas con intención y/o intentos suicidas en establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.*

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Guía de intervención mhGAP para trastornos mentales y por el uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.*

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas.*

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Lineamientos operativos para la intervención a personas con trastorno de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el MSP.*

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Lineamientos operativos para el manejo del duelo, del MSP.*

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Lineamiento de unidades de intervención en crisis.*

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Lineamientos de unidades de salud mental hospitalaria.*

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Lineamientos operativos para la atención integral a personas con consumo problemático de alcohol, otras drogas y trastornos mentales graves.*

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Lineamientos Operativos para la implementación del programa terapéutico del centro especializado para el tratamiento del consumo problemático de alcohol y otras drogas.*

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Lineamientos Operativos para los*

psicólogos y Psiquiatras en los Tres Niveles de atención.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Manual Salud Mental en Emergencia y Desastres.*

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Modelo de atención integral ambulatoria intensiva para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud del primer nivel del MSP.*

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). *Manual de prevención del suicidio para cuidadores comunitarios.*

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Protocolo de atención en intoxicación aguda por opioides y síndrome de abstinencia.*

Organización Mundial de la Salud. (1992) *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico.

Organización mundial de la salud. (2018), Salud mental, obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Roudinesco, R. (2000). *¿Por qué el Psicoanálisis?*. Paidós.

Thibierge, S. (25-29 de abril de 2022). *Psicopatología y Clínica*. Pontificia Universidad Católica, Quito, Ecuador.

Wajcman, G. (2011). *El ojo absoluto*. Ediciones Manantial.